

ANNÉE 1922

THESE

POUR

N°
300

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE RETARD SIMPLE

GÉNÉRALISÉ OU ÉLECTIF

des Fonctions Nerveuses et Mentales

DE L'ENFANT

PAR

CHARLES GRIMBERT

De la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

308

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE RETARD SIMPLE

GÉNÉRALISÉ OU ÉLECTIF

des Fonctions Nerveuses et Mentales

DE L'ENFANT

PAR

CHARLES GRIMBERT

De la Faculté de Médecine de Paris



Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN..... M. ROGER

PROFESSEURS..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	LÉON BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.....	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
	X.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	JEANSELME
Clinique des maladies des enfants.....	PIERRE MARIE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	TEISSIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEJARS
Clinique des maladies contagieuses.....	HARTMANN
	GOSSET
Clinique chirurgicale.....	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	J. L. FAURE
	AUGUSTE BROCA
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GULLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES MAÎTRES

LE PROFESSEUR LANDOUZY

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*Près de qui je fus délégué dans les
fonctions d'externe à la Clinique mé-
dicale de l'Hôpital Laënnec.*

LE PROFESSEUR DUPRÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE SAINTE-ANNE

*Près de qui je fus délégué dans les
fonctions d'interne à la Clinique
des maladies mentales.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MARFAN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE
ENFANCE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

AGRÉGÉ DE PSYCHIATRIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Gravement affaibli par les hécatombes humaines de la grande Guerre et par tout le mal physiologique et moral qu'elle a laissé après elle, notre pays a besoin non seulement d'une natalité accrue, non seulement d'une forte diminution de la mortalité infantile, mais aussi d'une hygiène particulière de l'enfance destinée à faire de tous les survivants du bas âge des adultes robustes. Cette hygiène s'adresse assez généralement, dans les écoles et dans les patronages, au développement musculaire par les sports. Se préoccupe-t-on suffisamment des soins à donner au développement nerveux et mental, dont la précocité ou le retard, se révélant parfois sans lésion anatomique connue, est un élément considérable de pronostic pour tout l'avenir somatique et psychique d'un enfant au point de vue familial, au point de vue scolaire, au point de vue social ?

L'enfance nous apparaît nécessairement comme le premier, le plus digne et le plus délicat objet de nos préoccupations sociales — *maxima debetur pueri reverentia* — en ce sens que tout problème humain, matériel et moral, en dépend ; et c'est par la connaissance exacte de la valeur du système ner-

veux et du psychisme en évolution chez l'enfant que l'on doit aborder toutes les questions qui touchent de près ou de loin, par l'enfance, à la société, à l'école, à la famille, aux diverses professions, et dont l'ensemble constitue le vaste et important domaine de l'hygiène et de la prévoyance sociale.

Le développement du système nerveux de l'enfant a déjà été, nous devons le reconnaître, l'objet des recherches consciencieuses de maints auteurs, qui furent frappés, comme il convient de l'être, par l'importance primordiale de la neurologie infantile à la base de toutes les manifestations évolutives des enfants et conséquemment des adultes. On a su remarquer et consigner que l'être humain se comporte, dans ses premières années, comme un organisme à prédominance neuro-médullaire, et que son névraxe est fortement influencé par toutes les causes d'excitation, infectieuses ou toxiques, d'où peuvent résulter de gros retards d'évolution générale.

Mais tandis que les cas massifs et d'une observation facile, habituellement liés aux stigmates physiques de la dégénérescence et aux diverses formes de la sclérose cérébrale (idioties, mongolisme, myxoedème, arriération scolaire), ont été de préférence étudiés, chez de grands enfants de 8 à 16 ans environ, il y a eu peu de recherches poursuivies sur les formes légères, et parfois incomplètes, de retard moteur et intellectuel chez l'enfant en très bas âge ou moyennement jeune, au-dessous de sept ans. Les cliniciens ont préféré souvent s'arrêter avec une pré-

dilection marquée aux graves désordres somatico-psychiques qui leur paraissaient dépendre plus directement des fonctions, mieux connues de nos jours, des glandes endocrines, et que l'opothérapie semblait pouvoir guérir rapidement ; mais le retard simple de développement, d'un an ou deux souvent, sans arrêt définitif de l'évolution naturelle du système nerveux, sans lésion cérébrale ou glandulaire saisissable, a été pendant de longues années, peu connu et peu étudié.

Le mérite particulier du docteur André Collin a été, depuis sa thèse sur le syndrome infantile psychoneuro-musculaire, d'ouvrir largement la voie aux études nouvelles qui tendent à établir, par des dates et des faits repérés avec soin dans les premières années de la vie, les différents types cliniques de précocité ou de retard simple de l'activité psychique chez les enfants. Et nous avons la meilleure joie à pouvoir noter ici, en l'en remerciant vivement, tout ce que nous devons à la claire et fine intelligence, secondée par une bonté parfaite, de notre excellent maître et ami Collin, qui nous a, depuis plus de six années, ouvert le champ très riche de son expérience personnelle des enfants et de ses consultations de neurologie infantile, rue de Vaugirard d'abord et maintenant rue de Jouy.

Nous voudrions, à notre tour, marquer avec des précisions nouvelles ce qui nous paraît acquis sur ce terrain du développement de l'enfant au point de vue des Retards simples, généralisés ou électifs, dans

l'établissement des grandes fonctions nerveuses et psychiques, de ces retards qui ne troublent pas la croissance corporelle dans son ensemble et qui sont une anomalie dans le temps plutôt qu'un désordre profond et durable du système nerveux.

Certains enfants sont des infirmes de la psychicité : nous faisons allusion ici aux idiots, aux imbéciles, et d'une façon générale à tous les débiles profonds et arriérés scolaires. Ces grands anormaux peuvent, par le dressage, les habitudes acquises et une addition de connaissances passivement reçues, manifester quelques progrès aux yeux de l'entourage, jusqu'à émerveiller leurs parents et amis par des aptitudes brillantes où généralement la mémoire seule est en jeu ; ce sont des progrès pour la famille, mais sans profit pour l'enfant quand il change de milieu, ni pour la société qui ne trouve en lui aucun rendement progressif et personnel. Certains autres enfants, au contraire, sont de purs retardataires au point de vue intellectuel ou moteur, sans altérations anatomopathologiques susceptibles d'être observées ; leur évolution se fait lentement, rien d'éclatant ne leur vaut, à aucun moment, l'admiration, mais un examen attentif révèle chez eux de l'intelligence, de l'initiative et toujours quelques progrès. Il y a un intérêt pressant à savoir, dès le jeune âge, vis-à-vis des familles qui nous demandent avec insistance du pronostic, si nous avons à faire à de l'arriération psychique, sans guérison possible, ou à du retard simple dont la tendance est

de disparaître, plus ou moins facilement mais à peu près sûrement, avec les années.

Car il existe un Retard simple des fonctions nerveuses et psychiques, sans anomalies physiques notables, sans lésions organiques apparentes du système nerveux ou des glandes closes, sans indigence intellectuelle et morale définitive. Ce retard peut être léger, ne porter que sur une fonction : la marche, le langage ; et c'est pour un de ces troubles fonctionnels que des parents inquiets viennent demander au médecin : cet enfant qui ne parle pas est-il sourd, est-il idiot, restera-t-il infirme toute sa vie ?

Le but de notre travail est de montrer, par une sémiologie attentive du Retard simple dans l'enfance dont nous avons connu près d'une centaine de cas, et par l'exposé des types cliniques que nous ont permis d'établir nos observations, qu'il existe un diagnostic différentiel de ces états à faire surtout avec l'arriération mentale, qui est une indigence psychique congénitale et non pas un simple retard de développement ; que leur pronostic reste bon, en dépit des troubles présents qui jettent l'alarme dans les familles, en dépit même d'une évolution plus fâcheuse, toujours à redouter quand le traitement fait totalement défaut ; que l'étiologie et la pathogénie en sont explicables par l'influence directe, vérifiable en presque tous les cas, d'une infection, d'une intoxication ou d'un traumatisme de la naissance, sur les centres nerveux pendant la période de leur plus actif développement. Il restera, aux dernières

pages de cette étude, à indiquer la thérapeutique hygiénique, éducative et médicamenteuse, appropriée à ces cas, thérapeutique très utile toujours, rigoureusement nécessaire souvent, pour aider à l'éclosion des facultés qui sommeillent et hâter le bon établissement des fonctions retardées.

INTRODUCTION

Un clinicien reçut, il y a quelques années, à sa consultation — et plusieurs se reconnaîtront peut-être dans la personne de ce confrère — deux enfants, ayant approximativement le même âge, 20 et 22 mois, qui dans la même semaine venaient lui présenter les mêmes troubles : ils ne marchaient pas, et pouvaient à peine dire quelques mots intelligibles. Leurs mères, que n'alarmait aucune malformation corporelle, ne croyaient pas que leurs enfant fussent idiots ; mais elles tenaient à s'assurer de l'avenir probable de ces petits, bien que des voisins ou amis, leur eussent certifié, pour avoir vu cas semblables, que cela « s'arrangerait avec l'âge ».

Nés à terme l'un et l'autre, ils avaient eu leur première dent tardivement, vers 13 et 16 mois ; on n'avait point remarqué, chez eux, de convulsions. Aucune maladie grave depuis leur naissance. Les parents commençaient à s'étonner aussi de ne voir pas s'établir l'habitude de la propreté au lit. L'hérédité semblait peser d'un poids à peu près égal : d'un côté, la mère était tuberculeuse avérée ; de l'autre, le père était mort après une pleurésie qui avait *fait sa preuve*.

L'examen des divers organes ne révélait aucune lésion évidente. Quelques signes neurologiques seulement avaient retenu l'attention du clinicien : les réflexes tendineux étaient très vifs, l'excitation de la plante du pied provoquait une extension bilatérale des orteils ; on pouvait, pendant un assez long temps, obtenir le maintien des attitudes données aux membres, et une pression faite par l'une des mains éveillait la syncinésie la plus nette de l'autre. Intellectuellement, les deux enfants paraissaient connaître leur entourage habituel, sans affectivité bien marquée ; leur attention était très médiocre pour les objets et petits jeux qu'on leur proposait. Somme toute, il y avait là un ensemble de signes qui éclairait peu notre médecin, et celui-ci, frappé comme l'étaient les parents par la double anomalie de la marche et du langage lourdement déficients, crut avoir en face de lui, deux arriérés, difficiles à guérir, et laissa entrevoir un pronostic également sombre pour les deux.

Douze à quatorze mois se passèrent ; et, à peu de temps l'un de l'autre, les deux jeunes sujets furent ramenés au pédiatre. Celui-ci constate un progrès dans la marche, mais peu d'amélioration du langage. Cependant l'un des enfants fait des réponses plus promptes, bien que toutes à la légère et à côté des questions posées ; l'autre hésite, bredouille, ne répond rien lorsque la chose demandée ne correspond manifestement à aucune notion connue de son esprit. L'examen neurologique indique la persis-

tance complète des mêmes signes anciens pour l'un, leur variation chez l'autre (signe de Babinski devenu unilatéral, conservation des attitudes inconstante et de moins longue durée). Encore hésitant en face de ces minimes changements, le médecin laissa entendre aux familles qu'il y avait beaucoup à craindre pour la période scolaire à venir et que l'arriération ne pourrait sans doute s'atténuer qu'à un âge avancé, grâce à une éducation particulièrement appropriée.

Or, voici que récemment notre clinicien a retrouvé ses jeunes clients, parvenus à l'âge de sept ans. Ils parlent et ils marchent l'un et l'autre ; mais le diagnostic apparaît maintenant bien différent, et le médecin ne peut plus s'y tromper. Celui qui faisait, à la deuxième consultation, des réponses plus rapides, et dont les signes neurologiques commençaient à disparaître, étonne par son bavardage éblouissant et creux : c'est un débile brillant, incapable de réflexion, dont la mémoire est encombrée d'une foule d'éléments passivement reçus, mais dont le jugement est défectueux ou nul ; l'autre parle correctement, comprend, a de l'initiative et du bon sens, et commence à se ranger dans les premiers de sa classe.

Cette histoire clinique nous avertit de l'intérêt qu'il y a à distinguer, de bonne heure, chez les enfants, ceux qui, avec de gros signes neurologiques de retard, conservés de la physiologie normale du nourrisson, ont une anomalie du développement neuropsychique qui tend à disparaître, et ceux qui,

possédant peu ou point de troubles nerveux lésionnels et ayant perdu de bonne heure le syndrome infantile des retards de développement, n'en sont pas moins des arriérés psychiques pour toute leur vie. Dans les deux observations que nous avons rapportées, un pronostic aurait pu être posé, dès la deuxième consultation, sur les bases suivantes : disparition, dans un cas seulement, des signes d'évolution du système nerveux, et indigence psychique persistante sous des dehors d'emprunt. A part les cas où s'affirme une débilité motrice durable, on peut dire que, tant que la réflectivité tendineuse et cutanée conserve le type infantile, le développement du système nerveux n'étant pas arrêté, il s'agit peut-être d'un simple retard, dont nous étudierons la valeur clinique, et non d'un état d'arriération définitive qui peut se définir ainsi : insuffisance des fonctions psychiques chez un enfant dont l'évolution neurologique paraît être arrêtée dans son type d'adulte.

Lorsqu'on entreprend d'étudier des enfants anormaux, arriérés, retardataires, ou retardés, selon le vocable choisi, on risque de rencontrer d'abord un danger, celui de s'entendre mal sur les termes et d'encourir le reproche, adressé par M. Chaslin aux psychiatres, de « parler une langue mal faite ». Selon les écoles et les tendances, un enfant arriéré sera tenu pour un taré organique, mal constitué morphologiquement et plus ou moins proche de l'idiotie, ou pour un « simple d'esprit » particulièrement réfractaire aux acquisitions abstraites de la scolarité, ou

pour un déséquilibré du système nerveux, instable, lent au travail et d'esprit faux, ou pour un attardé dans l'établissement des principales fonctions de relation : motricité, langage, etc., qui permettent à un individu d'occuper la place convenant à son âge dans le milieu social qui est le sien. Dans ce désordre des notions et des appellations courantes, nous ne retiendrons que deux termes qui s'opposent parce qu'ils désignent deux catégories d'enfants, troublés dans leur développement nerveux et psychique, pour lesquels nous devons faire deux pronostics également opposés. Il y a d'une part des *arriérés*, plus ou moins imbéciles ou débiles, dont l'infirmité peut être masquée en partie, et quelquefois très habilement, par l'éducation, mais ne disparaît jamais essentiellement ; ils ont une indigence congénitale et incurable du psychisme ; leur cycle d'évolution est fermé, et adultes ils resteront à ce stade définitif d'une pauvreté qu'on peut secourir mais qu'on n'enrichira jamais. Il y a, d'autre part, des *retardés, simples*, dont les signes infantiles persistent longtemps, puis régressent avec lenteur, et dont le psychisme se développe en s'enrichissant dans sa valeur propre, l'hygiène et la médication s'y montrant toujours utiles et favorables. De ces enfants, les premiers sont capables de quelques progrès d'addition ou d'emmagasinement, et — dans un cercle étroit de connaissances et de gestes — manifestent des aptitudes parfois surprenantes, mais qui ne tournent jamais à l'initiative personnelle féconde ; les seconds font,

sous des apparences d'obtusion intellectuelle souvent, et d'une allure très ralentie, des progrès de compréhension et d'invention qui peu à peu les rapprochent de l'état psychique normal de leur âge. Nous n'avons plus le droit de confondre ces deux groupes d'anormaux, car le pronostic s'impose de bonne heure, et l'on peut dire qu'il est noir dans un cas, et blanc ou légèrement teinté de gris dans l'autre.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET SÉMIOLOGIE DU RETARD SIMPLE

Le Retard simple, auquel nous devons nous arrêter dans les pages qui vont suivre, est un retard de l'ensemble ou d'une des fonctions de l'activité nerveuse et mentale, sans lien apparent avec ces anomalies dystrophiques du corps qui accompagnent souvent l'arriération psychique, ni directement avec les troubles des sécrétions internes (hypophyse, corps thyroïde, glandes génitales) auxquels M. Apert attribue l'arrêt de développement physique et mental de son *enfant retardataire*. Nous acceptons la dénomination de retard simple parce qu'elle offre l'avantage de n'impliquer, comme substratum des manifestations ultérieurement constatées dans la motricité et le psychisme de l'enfant, ni lésion destructive, ni agénésie grave ; ce retard n'est que du retard, comme celui de ces blés qui ont tardé à lever et qui néanmoins fourniront une belle récolte. C'est en général chez

un enfant parfaitement constitué au point de vue physique, mais pour lequel un temps anormalement long se montre nécessaire à l'établissement, global ou partiel, de ses grandes fonctions, marche, langage, etc., — sans que la valeur de sa mentalité, à l'adolescence ou à l'âge adulte, soit compromise —, que nous serons amenés à prononcer le diagnostic de Retard simple.

Sur quoi se base la sémiologie de ce retard ? En dépit de variations légères, qui à l'état normal ne s'étendent pas au-delà d'un trimestre de différence en plus ou en moins, le développement du système nerveux de l'enfant passe par des étapes parfaitement définies et réglées dans le temps. C'est à cette suite à peu près invariable des stades neuropsychiâtriques de l'enfance qu'il convient de s'arrêter, pour juger ensuite de l'importance du retard simple dans tel ou tel cas particulier.

Jusqu'à l'âge de trois ans, l'enfant se caractérise surtout par son hyperréflexivité spinale et par les diverses manifestations de la non-finition de son système nerveux. L'homme est un médullaire avant d'être un cérébral. Or, il existe quatre phénomènes principaux, plus ou moins liés à cette hypogénésie neurologique, d'après lesquels nous pourrions établir le diagnostic de précocité ou de retard ; ce sont l'apparition des premières dents, la marche, la formation du langage et l'énurésie nocturne. A côté de ces grands épisodes du développement psycho nerveux, nous dirons ce qu'il convient de rappeler des petits

signes du démembrement progressif de la physiologie du nourrisson, au point de vue des réflexes tendineux et cutanés, des syncinésies, de la conservation des attitudes prolongée sans fatigue, et de l'hypotonie musculaire couramment appelée laxité ligamentaire. Toutes ces données offrent un intérêt particulier pour fixer l'âge d'un enfant, quelle qu'en soit l'indication au registre de l'état-civil, d'après la valeur de sa motricité et de ses acquisitions mentales.

En étudiant les différentes modalités suivant lesquelles se trouvent groupés, puis désunis à des dates variables, ce faisceau de signes cliniques propres à l'enfant, et en recherchant les antécédents héréditaires et prénataux du jeune sujet examiné, nous espérons pouvoir attribuer une entité nosographique à ces états, dont toute la pathologie apparente réside dans des anomalies chronologiques. Ces anomalies disparaîtront par la guérison lorsque, le retard étant compensé ultérieurement, ces enfants vers 10, 13 et 15 ans ne se différencieront plus, au point de vue mental et moteur, des camarades de leur âge.

LA DENTITION

L'éruption dentaire marque une date importante dans le développement de l'enfant. Nous avons appris à considérer que les malformations et les érosions des dents fournissent une indication moins précieuse, au point de vue neurologique, que la précocité ou le retard d'apparition de la première dent.

Un enfant, dont les incisives médianes inférieures

n'ont point paru avant dix à douze mois, peut n'accuser aucune autre anomalie de développement : la question d'un retard ne s'en pose pas moins à son sujet. On devra donc toujours rechercher avec soin la date et le mode d'apparition des deux ou quatre premières dents de lait, pour juger de la valeur et de la susceptibilité spéciale du système nerveux en face d'un des plus sérieux phénomènes de croissance de l'organisme.

Les auteurs n'ont pas été tous d'accord dans l'appréciation des troubles nerveux qui accompagnent souvent la première poussée dentaire. Nous admettons qu'il y a dans cette poussée un gros événement physiologique, capable de perturber profondément un organisme aussi sensible que celui du nourrisson. L'excitation peut-elle aller jusqu'à la convulsion d'origine dentaire ? Assurément oui, si l'on admet que les convulsions cloniques bénignes de l'enfance sont un mode de réaction banal d'un système nerveux vivement excité. « Les convulsions infantiles cloniques ont les caractères symptomatiques d'un réflexe exagéré ; elles naissent sur un organisme qui présente toutes les causes d'hyperexcitation des réflexes ». (1) Les convulsivants, pas plus d'ailleurs que les épileptiques, les fébricitants ou les vomisseurs, ne forment point un groupement nosologique étroitement fermé dans lequel une même réaction serait toujours due à une seule et même cause.

(1) ANDRÉ COLLIN et Mlle TH. REYON, in *Traité de médecine légale infantile*, p. 83.

Cependant cette réaction convulsive n'est pas habituelle dans l'éruption des dents ; elle paraît conditionnée par le terrain névropathique chez des prédisposés, et le Retard simple est une des anomalies nerveuses qui s'accompagne le plus souvent d'une aptitude aux convulsions cloniques, d'origine dentaire, et cela presque impunément jusqu'à 3 ans, tant que persiste l'ensemble des signes neurologiques propres au nourrisson.

En résumé, il importe de connaître à quel âge est apparue la première dent de tout enfant soupçonné d'un retard simple, et du même coup de s'informer de la valeur et de la résistance de son système nerveux d'après les accidents convulsifs ou fébriles qui ont accompagné cette poussée dentaire.

*
* *

LA MARCHÉ

Dans tous les cas où il n'existe pas une infirmité physique grossière (syndrome de Little, bassin rachitique, conformation défectueuse des membres dont le « pied de Friedreich » est un exemple), la date des premiers pas fournit une indication précieuse de précocité, d'harmonie ou de retard simple, dans le développement neurologique de l'enfant.

La marche est une action physiologique dont la complexité est faite à la fois d'équilibration, de coordination des mouvements et de progression, ce qui

permet de la considérer comme la plus typique et la plus utile à étudier des acquisitions motrices. L'embryologie et l'anatomie comparée nous enseignent que la voie motrice des centres nerveux s'achève plus ou moins tardivement, par la myélinisation, dans les différentes espèces animales. C'est ainsi que le faisceau pyramidal est assez tôt parachevé chez le cobaye pour lui permettre de marcher dès sa naissance. Morphologiquement le cobaye nouveau-né ne se différencie de l'adulte que par sa taille ; on peut presque dire qu'il naît en marchant, et par ailleurs, avec ses incisives remarquablement longues, il est capable de manger de la verdure dans la première heure qui suit sa venue au monde. Pour l'homme, le développement tardif des voies de motricité ne permet guère aux enfants les plus parfaitement normaux de faire quelques pas avant un an. Mais il intervient, dans l'établissement de cette fonction chez certains individus, des variations de plusieurs mois, par précocité ou retard, suivant des causes qui modifient le processus d'évolution des centres nerveux.

Nous dirons qu'il y a retard simple quand, vers 15 mois et au-delà, un enfant, bien constitué et ne présentant aucun signe d'agénésie profonde, *ne s'est pas encore lâché*, suivant l'expression vulgaire, pour faire seul plusieurs pas sans s'appuyer aux murs et aux meubles qui sont à portée de ses mains. Il faut savoir interpréter les récits des parents, et ne pas prendre pour une marche bien établie les premières titubations enfantines, épiées avec admira-

tion par la famille ; inversement, il peut y avoir eu marche réelle à treize ou quatorze mois, puis l'enfant ne marche plus à 2 ans : il ne saurait être question ici de retard simple.

*
* *

LE LANGAGE

L'établissement du langage comme instrument de la pensée a une valeur neuropsychiatrique considérable dans l'examen du développement de l'enfant. Il importe, au plus haut point, d'en connaître ou la préecité ou plus souvent le retard, en tous les cas la qualité intrinsèque, dans la succession de ses variations qui sont à suivre depuis les premiers mots, prononcés vers un an ou 13 mois, jusqu'aux langages plus ou moins bien constitués des enfants de sept, huit et dix ans.

C'est ici le lieu de rappeler que nous ne nous occupons pas d'idiots ou d'imbéciles, voire de la triste catégorie des arriérés, qui ne répètent que les mots ou phrases qu'ils entendent, non plus que de ces enfants chez qui un examen spécial de l'ouïe révèle l'incurable surdi-mutité. Ce sont au contraire des enfants presque normaux qui nous intéressent ici, enfants dont le fonctionnement auditif est excellent et dont la parole est encore inadéquate à la pensée, ou parfois même inexistante et allant jusqu'à l'audi-mutité, sans trace de débilité mentale.

Normalement l'enfant prononce entre 12 et 15 mois les premiers mots adaptés aux objets qu'ils désignent. Les sons et les syllabes qu'il émet auparavant, syllabes qui peuvent même s'associer jusqu'à construire un mot, ne forment jamais avant un an que des mots sans idées, psittacisme pur par imitation d'assonances entendues, encore qu'à cet âge il existe des images et des idées sans mots. Le retard simple peut apparaître dès ce stade du douzième au quinzième mois, dans le cas où aucun mot approprié n'est dit à la vue des personnes et des objets environnants ; le passage du psittacisme du nourrisson au vrai langage ne se fait pas, et indique — si la débilité mentale ne fournit pas sa preuve — que l'éveil de l'intelligence est simplement retardé.

Certains enfants ont pu prononcer leurs premiers mots relativement tôt, puis à deux ans ou deux ans et demi ils ne peuvent employer le pronom *je* comme il convient, associant encore le mot *bébé*, ou tout autre mot qui les désigne eux-mêmes, au nom de la chose désirée ou subie : bébé a bobo, bébé veut son dodo, par exemple. Quand il ne s'agit pas de grands débiles, comme cette imbécile, observée par André Collin, qui à l'âge de 60 ans disait encore Marguerite en parlant d'elle-même, on peut se trouver en face d'un cas de retard simple : l'enfant ne s'exprime pas encore normalement, mais il parlera un jour comme tout le monde. On a noté, comme signe différentiel important chez le

débile, la période plus longue qui s'écoule entre l'élocution de ses premiers mots et celle des premières phrases non entendues qu'il est obligé de faire seul.

Il existe une catégorie d'enfants qui, plus avancés en âge, à 3 ans, 4 ans, 6 ans même, ont une incapacité élective au langage, quoique leur intelligence soit suffisamment développée. Un examen psychiatrique sommaire suffit à prouver, de par leurs jeux, leur initiative et leur jugement, qu'ils sont intelligents ; et cependant ils ne parlent pas, bien que leur audition des bruits, des sons et des mots même, soit suffisante (1). Ces enfants, désignés sous le nom d'entendants-muets, ont en général dans leur passé d'autres signes de retard simple : ils ont eu leur première dent après 10 mois, où ils ont marché tard, où ils ont continué d'uriner au lit plus longtemps qu'il n'est de règle.

Au point de vue du développement et des associations anatomiques du système nerveux, ce retard du langage est la confirmation d'une théorie qui veut qu'on distingue un centre de perception des mots et un autre centre d'entendement où s'élabore le langage intérieur. Les fibres de connexion

(1) Le docteur ANDRÉ COLIN a souligné l'importance du problème et distingué plusieurs catégories d'insuffisants du langage dans sa communication à la Société clinique de médecine mentale, 18 juillet 1921. On lira avec profit ce qu'il a publié, dans *la Vie Médicale* des 17 et 24 février 1922, sur les Aphasies infantiles, où il distingue fort justement le langage des psittacisants, riche de mots sans compréhension, le retard simple des entendants-muets chez qui la pensée a évolué sans être servie par le langage, et l'insuffisance de pensée et de langage ensemble chez les arriérés. (Travail dont les conclusions furent présentées par le regretté maître Galippe à l'Académie de Médecine le 8 novembre 1921).

entre ces deux centres ne sont pas encore fonctionnellement associés tant que dure l'audi-mutité, soit que les voies demeurent difficilement pérennables, soit que le dynamisme cérébral qui commande l'afflux nerveux encéphalique soit trop faible encore. Le psycho-reflexe de Botkiterew ne joue pas.

Il importe, afin de porter un diagnostic sûr et d'éviter parfois de regrettables mesures de placement dans les établissements d'arrérés, de distinguer ces entendants-muets des débiles qui dans certains cas parlent peu et mal parce qu'ils associent un langage defectueux à une pensée insuffisante.

*
* *

L'ENURÉSIE

Une des acquisitions neurologiques de l'enfance qui marque le mieux le pouvoir frontalier grandissant du cortex sur la velle, et indique par là-même l'âge et le degré de développement du système nerveux, est l'inhibition des sphincters et principalement la continence des urines.

L'enfant normal, intelligemment soigné et éduqué, doit, selon la formule habituelle, élever pour vers 18 à 20 ans. Après cet âge, l'énurésie nocturne d'urine est un phénomène pathologique qui relève de diverses causes.

Nous n'avons pas à nous arrêter longuement ici à l'énurésie intermittente, d'apparition tardive, qui se

produit chez certains enfants après qu'ils ont eu une période plus ou moins longue déjà d'inhibition sphinctérienne. Cette incontinence est due à des troubles digestifs qui agissent, pendant un saut ou un trop profond, en libérant l'automatisme médullaire du contrôle des centres nerveux encéphaliques. C'est la forme d'énurésie nocturne connue sous le nom de forme gastro-hépatique ou forme digestive.

Signalons très brièvement aussi une incontinence d'urine accidentelle et rare, qui se produit généralement une seule nuit et sans répétition, chez quelques petits neuropathes, au cours d'un rêve ou ils se voient en posture d'uriner, à la manière de certaines pollutions nocturnes dans les rêves érotiques. Cette incontinence, purement émotive ou imaginative, ne nous apprend rien au point de vue de la présence ou du retard de développement du système nerveux.

Il existe, pour nous aider à mesurer le démembrement plus ou moins tardif du syndrome neurologique du nourrisson, une forme d'énurésie beaucoup plus importante à considérer, forme primitive qui n'est, dans les cas de retard simple, que le type infantile prolongé. C'est un état physiologique plutôt que morbide, surtout en ce delà des limites normales chez l'enfant qui n'a pas encore éduqué ses réflexes.

Ce type d'incontinence a été bien décrit par Merklen sous le nom d'énurésie hypogénétique. Il s'agit

là, en effet, d'une insuffisance fonctionnelle, liée à une hypogénésie du faisceau pyramidal et souvent accompagnée des signes de la débilité motrice. Quand elle se prolonge jusqu'à 8, 10, 15 ans, chez un sujet qui par ailleurs a parlé tard ou marché tard, mais qui jouit d'une intelligence suffisante, elle acquiert la valeur d'un signe de Retard simple qui tend à disparaître avec les années.

*
* *
* *

SIGNES NEURO-MUSCULAIRES COMPLÉMENTAIRES

L'examen attentif de toutes les réactions psychoneuro-musculaires des enfants a permis de distinguer certains signes, qui appartiennent à la physiologie normale du nourrisson, mais qui vont s'effaçant plus ou moins tardivement avec l'âge : nous voulons parler du phénomène des orteils, des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, particulièrement vifs, des syncinésies, de la persévération des attitudes avec résistance à la fatigue, et de l'hypotonie spéciale dite laxité ligamentaire. Ces signes, après deux plus précoces encore (réaction amiboïde de la pupille et phénomène de l'excitation dorsale du pied) qu'on pourrait appeler les signes neurologiques de la naissance, ont une valeur indéniable dans l'appréciation du Retard simple chez l'enfant.

a) *Signes de la naissance (jusqu'à six mois).*

Dans une première période de la vie, le système nerveux est caractérisé par un double mode de réac-

tion : le mode de contraction de la pupille à l'excitation lumineuse, et un mode particulier de réaction des orteils aux excitations imprimées sur la face dorsale du pied.

1. Entre la naissance et un mois, normalement, le type infantile de réaction pupillaire à la lumière est le suivant :

α) la pupille ne se contracte que pour une source lumineuse plus intense que celle qui produit le même effet chez l'adulte ;

β) il existe un temps d'arrêt nettement mesurable entre l'excitation et la mise en marche de diminution du cercle pupillaire ;

γ) les phases successives de régression sont difficilement perceptibles entre ce point de départ et le myosis terminal ; c'est comme une réaction amiboïde.

Ces faits, d'une observation assez délicate, mais constante, sont utiles à signaler ici, car il existe des cas où la réaction pupillaire du type de quatre semaines se retrouve encore chez des enfants de trois ou quatre mois, simples retardés.

2. L'autre phénomène, que nous avons observé maintes fois chez les enfants âgés de moins de six mois, est un phénomène de flexion du pied sur la jambe, accompagnée d'extension des orteils avec épanouissement en éventail, lorsqu'on excite le dos du pied, à partir de la malléole externe, par quelques attouchements ou frictions légères. Celles-ci peuvent être de trois, quatre ou cinq, normalement,

avant 6 mois, pour obtenir le réflexe ; plus tard il faut une sommation d'excitations allant jusqu'à dix et quinze, pour obtenir un effet analogue, accompagné davantage de mouvements de défense. Cette réaction, qui jusqu'à un an ou 15 mois peut donner quelques indications sur un retard simple possible suivant sa modalité, dénote une affection médullaire (type Little) quand on la rencontre encore à deux ans et demi ou à trois ans.

b) *Signes de la deuxième période (après six mois)*

La période de l'enfance qui s'écoule entre 6 mois et trois ans est caractérisée, pourrait-on dire, par une tétrade neurologique, normale à cet âge et dénotant quelque retard de développement ensuite : ce sont le réflexe plantaire en extension, les syncinésies, la conservation des attitudes et la laxité ligamentaire.

1. Les recherches poursuivies sur le réflexe cutané plantaire, chez le nourrisson et chez l'enfant, ont été diversement interprétées selon les auteurs. Jusqu'à un an, l'extension du gros orteil avec épanouissement des petits *en éventail* s'obtient, de l'aveu de tous, normalement et comme un phénomène de physiologie pure, lorsqu'on excite la zone réflexogène de la plante du pied par quelque méthode que l'on emploie (Babinski, Gordon, Scheffer ou Oppenheim). Mais à partir de 10 à 12 mois, l'extension apparaît à M. Léri comme rare et dépendante d'une affection nerveuse ou d'un trouble profond

de la nutrition. D'autres l'ont observée chez les enfants normaux jusqu'à deux ans environ. André Collin croit devoir la considérer comme physiologique et normale jusqu'à vingt-six ou vingt-sept mois. Ces divergences d'opinion nous paraissent tenir aux variations du démembrement du syndrome neurologique infantile; ce démembrement, précoce chez les uns, peut chez d'autres se trouver retardé même partiellement, de telle sorte que des enfants, ayant perdu quelques signes du type nourrisson, conservent encore à 2 ans, 2 ans et demi et au-delà, le phénomène des orteils comme un signe de Retard simple des fonctions nerveuses.

2. Avant l'âge de neuf mois, l'enfant ne fait guère que des mouvements bilatéraux et syncinétiques. Puis peu à peu disparaît cette association motrice, à mesure que se dessinent des gestes plus volontaires. A trois ans les mouvements sont franchement unilatéraux, et les syncinésies beaucoup moins accusées dans les cas même où l'on oppose une résistance à l'acte. Il doit être entendu que nous tenons pour une syncinésie pathologique, vers 4 ans et après, un mouvement très net et d'une intensité voisine de l'effort musculaire du membre opposé, car l'on sait que tout individu normal, se livrant à un effort, peut esquisser un mouvement associé. La recherche des syncinésies, telle que Ströehlin l'a exposée dans son excellente thèse, fournit des renseignements utiles sur le développement du système

nerveux d'un enfant suspect de débilité motrice ou de retard simple.

3. Nous savons, principalement depuis les études et la thèse d'André Collin, quelle importance il convient d'attribuer, au point de vue neurologique, à cette forme spéciale de plasticité qui chez l'enfant produit la persévération des attitudes données au sujet et s'accompagne d'une extraordinaire résistance à la fatigue. C'est entre dix-huit mois et 2 ans et demi que se vérifie aisément le phénomène suivant : si l'on place un ou plusieurs membres de l'enfant dans une position qui chez l'adulte amènerait très vite une insupportable lassitude, on assiste à une conservation prolongée de cette attitude reçue ; l'enfant, que l'on a soin de distraire intentionnellement, *semble avoir oublié en l'air ses membres*. Cette particulière suggestibilité fera penser au-delà de deux ans et huit mois environ, à quelque retard de développement neurologique, préparant la voie aux désordres moteurs de l'hystérie.

4. L'hypotonie et la laxité ligamentaire conditionnées à la fois par le système nerveux et par l'état des muscles, offrent chez l'enfant des variations, dans le temps, qu'il importe de connaître. On en fera la recherche en portant l'extrémité du pouce vers le bord radial de l'avant-bras jusqu'à en établir le contact ou en essayant de placer les genoux aux épaules et les pieds derrière la tête. Cette épreuve n'est régulièrement et normalement positive qu'entre douze et vingt-huit mois.

Dans les débuts, le nourrisson présente une hypertonie physiologique, associée à la vivacité de tous ses réflexes tendineux qui sont exagérés par leur soudaineté et leur ampleur. Puis cette surréflectivité diminue, à mesure que s'établit le pouvoir de contrôle et d'inhibition du cerveau ; et, en même temps, à l'hypertonie de la première année se substituent une hypotonie musculaire et une laxité des articulations, qui sont le propre de l'enfance entre 12 mois et deux ans et demi. Après trois ans, la persistance de cette laxité ligamentaire, exception faite de quelques individus ou de certaines races, doit faire penser à un retard de développement du faisceau pyramidal.

On recherchera de même les signes d'insuffisance cérébelleuse : adiadococinésie, asynergie, titubation, dysmétrie. A quelques variantes près, le syndrome est le même que celui qui est produit chez l'adulte par une lésion de l'appareil cérébelleux. L'enfant de trois ans se comporte, peut-on dire, comme un cérébelleux. Au-delà de cet âge, le même syndrome peut être lié au Retard simple.

*
* *

SIGNES PSYCHIQUES

La psychologie infantile s'éveille assez tôt, et se manifeste par des signes suffisamment observables, pour qu'il soit possible d'y trouver des indications de précocité ou de retard de développement du sys-

tème nerveux. Entre l'âge de six mois environ et celui de 7 ou 8 ans, après lequel il est plus rarement question de Retard simple, nous voyons s'établir des fonctions mentales d'attention, d'affectivité, de mémoire, d'initiative dans l'action et de jugement, dont la valeur peut nous aider à fixer en quelque manière l'âge neurologique d'un enfant.

I. ATTENTION. — La première réaction psychique aux impressions venues du monde extérieur est une réaction d'attention, c'est-à-dire d'accueil et d'adaptation de l'esprit à la sollicitation du dehors, à l'exclusion des autres sensations concomitantes. Bien différente de l'attention réglée, concentrée et réfléchie, de l'adulte, l'attention primitive de l'enfant est une réaction simple, un réflexe. Avant qu'il reconnaisse la parole et soit attentif à écouter, l'enfant distingue un objet parce qu'il remue ou qu'il brille ; et, si son attention est en éveil, l'enfant se tend vers le point brillant, il s'agite pour saisir l'objet qui se meut.

Au-delà des cinq ou six premiers mois de la vie, l'absence totale d'intérêt pour tout ce qui remue ou brille est un signe d'insuffisance mentale ; mais on ne peut encore affirmer, à ce signe isolé, qu'il s'agit d'une débilité profonde, comme l'incurable idiotie, ou de débilité légère, ou d'un retard simple et passager de l'évolution psychologique normale.

Parmi les tests de l'attention qu'on a proposés pour un examen neuropsychiatrique, il en est un particulièrement simple et probant chez des enfants

de cinq à douze ans surtout, le test de Collin, que notre ami Georges Heuyer a tant de fois cité dans les nombreuses observations de sa remarquable thèse (*Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Steinheil, 1914). Voici en quoi il consiste : D'une main on saisit un objet, règle ou coupe-papier, on le frappe trois fois sur une table, on le passe dans son autre main, et de celle-ci on l'offre à l'enfant, après lui avoir dit, au début, de faire exactement de même et de le passer à une personne présente. Seuls les enfants qui suivent, avec une attention développée, la suite de ces gestes peuvent les reproduire correctement. Une débilité légère ou un retard simple amènera l'enfant à ne réussir le test qu'à la 4°, à la 10° ou à la 20° fois.

II. AFFECTIVITÉ. — Il s'agit ici de rechercher les premiers phénomènes d'ordre émotif qui se traduisent par les réactions d'humeur de l'enfant à l'approche et au départ de personnes qu'il connaît ou de nouveaux venus. De toute évidence, il ne saurait être question, dans les premières années de l'existence, d'altruisme vrai (hétéro-affectivité), ni même des sentiments égotistes de souci de soi-même, de sa santé et de son avenir (auto-affectivité).

De très bonne heure, vers 8 à 10 mois, l'enfant normal manifeste, par des cris, son malaise quand on le fait passer des bras de sa mère ou de sa nourrice en des mains étrangères. L'indifférence absolue à cette séparation est un signe précoce d'idiotie. A un degré moindre, la même indifférence peut ré-

véler chez de simples débiles ou chez des retardés une affectivité insuffisante.

Plus tard, cette affectivité se vérifie mieux, lors des premières séparations de la vie : entrée en pension, départs pour des voyages, deuils dans la famille. Une profonde indifférence familiale, à 4 ans, 5 ans, 6 ans, fera craindre ou la débilité intellectuelle et morale ou le Retard simple des fonctions mentales.

III. MÉMOIRE. — On ne peut pas facilement, chez le très jeune enfant, juger la valeur de cette faculté, qui s'enrichit par l'expérience des années et se manifeste surtout par la puissance de conservation et d'évocation des souvenirs.

Tout ce qu'il est donné de vérifier utilement vers l'âge de trois, quatre ou cinq ans, c'est la mémoire immédiate ou mémoire de fixation et de rappel à courte distance. Là, plus encore que chez l'adulte, il apparaît que l'amnésie ou la dysmnésie n'est qu'un défaut d'attention parfois, et d'autre part une insuffisance dans le mécanisme de l'évocation de souvenirs récents, dûment conservés mais impossibles à faire renaître facilement, à cause de la pauvreté et du petit nombre des associations idéatives hétéro-évocatrices.

A la période scolaire, chez un enfant appliqué à écouter et à fixer ce qu'il entend, on pourra noter une faiblesse de mémoire pour les premières notions abstraites de l'enseignement. Si ce trouble mnésique tend à disparaître vers 8, 10 ou 13 ans, on pourra

songer qu'il était lié à un retard simple des facultés psychiques.

IV. ACTIVITÉ. — L'enfant doit être étudié, a-t-on dit très justement, *dans ses jeux*. C'est là, en effet, que son initiative s'affirme ; elle nous renseigne sur la qualité et le développement de sa volonté, mieux que l'entêtement que l'on confond trop souvent avec elle, chez l'enfant qualifié à tort de « volontaire » quand il résiste à des ordres reçus.

Chez l'enfant qui joue librement, il se fait une extériorisation active et créatrice de toutes ses facultés. L'observateur y découvre la résultante la plus complète et la plus sincère de tout son être psychique. Il pourra reconnaître, aux formes et au compagnonnage choisi dans le jeu, l'indigence de ce psychisme chez l'arriéré ; il saura parfois y lire, à un certain mélange de puérilisme et d'initiative sensée, une indication de Retard simple en voie d'évolution.

V. ASSOCIATION DES IDÉES. — La rapidité et la logique doivent apparaître de bonne heure dans la liaison idéative des petits discours de l'enfant. Celui-ci peut avoir des lenteurs de l'idéation par retard dans le développement du dynamisme cérébral qui associe rapidement entre elles les richesses variées de l'intelligence ; il peut aussi avoir du retard dans l'établissement de la cohérence et de la logique même des propos.

Il sera facile de juger de ce retard des associations d'idées en examinant la régression de la crédulité

naïve qui, normale chez tout enfant naturellement suggestible, doit aller en s'usant avec le développement frénateur du psychisme et de la conscience supérieure. On recherchera par exemple à quel âge l'enfant a commencé à douter d'un conte de fée ou de la légende du Noël lui apportant des jouets nuitamment dans sa cheminée. Il faut, toutefois, tenir grand compte, dans cet examen des associations logiques et du jugement, de l'éducation familiale reçue et des fréquentations habituelles de l'enfant.

TABLEAU A

Résumé des articles de la sémiologie du Retard simple

1. La Dentition.

La Marche.

Le Langage.

L'énurésie.

2. *Signes neuro-musculaires complémentaires*

Réaction pupillaire du premier mois.

Phénomène des orteils.

Réflexe plantaire.

Syncinésies.

Conservation des attitudes.

Laxité ligamentaire.

3. Signes psychiques :

Attention.

Affectivité.

Mémoire.

Activité.

Association des idées.

TABEAU B

Repères pour la mesure du développement psychique et du fond mental de l'enfant

En admettant certaines variantes légères quant à la rigueur des dates et au choix des tests proposés, on peut dire qu'un enfant normal doit savoir :

A 2 ans et demi : Employer le pronom *je* en se désignant soi-même.

— Montrer son nez, sa bouche, ses yeux.

A 3 ans..... Enumérer les personnes et les objets représentés par une image.

— Répondre à la question : Es-tu un garçon ou une fille ?

— Dire son nom de famille et son adresse.

— Poser des questions sur ce qui l'entoure.

- A 4 ans Nommer un canif, une montre,
un sou, et tous les objets
usuels.
— Dire où il est allé le matin
ou la veille.
— Comparer la longueur de
deux lignes.
- A 5 ans Copier un carré.
— Distinguer matin, midi et
soir.
— Compter une dizaine de je-
tons, et les additionner ou
les soustraire entre eux.
— Dire plusieurs différences
entre un chien et un chat,
un cheval et un âne.
- A 6 ans Tracer correctement une cir-
conférence.
— Compter vingt ou vingt-
cinq jetons, et les addition-
ner ou les soustraire.
— Nommer cinq à six cou-
leurs.
- A 7 ans Nommer le mois et la saison
courants.
— Distinguer les questions à
réponses impossibles : Com-
bien as-tu de cheveux ?
Combien coûte le train ?

— Distinguer les questions à piège : Quelle était la couleur du cheval blanc de Napoléon ? Qu'est-ce qui pèse le plus d'un kilo de plume ou d'un kilo de plomb ?

A 8 ans. Compter de 20 à 0.

— Enumérer les mois.

— Enumérer à reculons les jours de la semaine.

— Reconnaître les pièces de notre monnaie.

A 9 ans. Définir quelques notions abstraites courantes : la bonté, la religion, la sagesse, etc.

A 10 ans. Répondre aux questions de civilité : Que faut-il faire quand on rencontre un enterrement ? Quand on est assis près d'un vieillard qui ne trouve pas où s'asseoir ? etc.

— Critiquer plusieurs phrases absurdes : J'ai trois frères, Pierre, Jean et moi. On a trouvé le corps d'une femme coupé en morceaux, on craint qu'elle se soit tuée, etc.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons tous vu plus d'une fois, en consultation, le cas d'un enfant de 3 ans, que sa mère amenait parce qu'il ne marchait pas ou que, marchant difficilement, il tombait sans cesse. A quel diagnostic devons-nous alors nous arrêter ? Bien souvent, pour notre part, aucun de ceux auxquels un clinicien même avisé eût pensé d'abord, ne nous a paru possible ; et, par voie d'élimination des affections et infirmités classiquement connues, force nous était de reconnaître que le trouble, anormal plutôt que pathologique, n'était qu'un retard simple de la fonction de marche. En effet, l'enfant était-il un idiot ? L'absence de malformations physiques et d'instabilité motrice, ainsi que les marques d'attention, d'affectivité et d'intérêt aux choses, écartaient ce diagnostic. Était-ce un imbécile ou un débile ? La mimique animée et en éveil, les petits jeux dénotant déjà l'initiative et la mémoire, bref les progrès réalisés par l'intelligence de l'enfant ôtaient le doute. Devait-

on croire à une hémiplégie fruste, une diplégie, une maladie de Friedreich ? Toutes ces affections ont une symptomatologie particulière qui ne se retrouvait pas chez notre jeune sujet. Celui-ci n'était pas non plus un rachitique, n'ayant aucune déformation osseuse caractéristique. Et c'est en écartant ainsi de notre esprit successivement toutes les affections courantes, qui cadraient mal avec la pure clinique présentée par l'enfant, que nous devons admettre l'existence d'un Retard simple, anomalie bénigne quant au pronostic, et méritant à peine, malgré le caractère pittoresque de l'insuffisance fonctionnelle, l'épithète de morbide.

Quelle que soit donc la forme clinique du Retard simple, ou total ou partiel, dont nous aurons à établir au chapitre suivant, par des observations typiques, les principaux aspects, il convient de le distinguer d'abord de plusieurs états pathologiques mieux connus de la neuropsychiatrie infantile, avec lesquels on pourrait le confondre. Ces états se ramènent presque tous à la gamme des débilités mentales et motrices, d'aspects et de degrés variables depuis la complète idiotie jusqu'aux insuffisances légères de la débilité simple, c'est-à-dire à tout ce qui fait *l'arriéré* incurable ou très difficilement perfectible.

Ce qui importe le plus, en effet, pour l'avenir de l'enfant et la sécurité de la famille, c'est de différencier précocement le Retard simple de tout ce paupérisme psychique qu'est l'arriération men-

tales. En dépit de toutes les disciplines d'une éducation spéciale et des médications mises en œuvre, l'arriéré ne se rapprochera jamais du type normal, et ses fruits seront socialement négligeables. Seul l'enfant simplement retardé, qui à son heure deviendra comme les autres, offre des espérances illimitées, et presque intactes, de floraison et de moissons prochaines.

*
* *

IDIOTIES

Le diagnostic est en général des plus aisés à établir entre le Retard simple, tel que nous l'avons défini, et l'idiotie ou l'imbécillité profonde qui s'accompagnent habituellement de malformations grossières : microcéphalie, et quelquefois macro, scapho, plagiocéphalie, strabisme, bec-de-lièvre, anomalies de la voûte palatine, de l'oreille, etc. Il existe cependant des cas où ces malformations sont légères ; d'autres où elles ne se rencontrent même pas, comme dans cette variété, assez rare d'ailleurs en nos pays, l'idiotie familiale amaurotique ou maladie de Tay-Sachs, dans laquelle les troubles physiques se ramènent à une diminution de la vue jusqu'à cécité complète, et à une faiblesse musculaire jusqu'à paralysie totale. Dans ces cas, le diagnostic se fera avec le Retard simple des fonctions normales de l'enfant par les signes psychiques communs aux idioties : absence d'attention, d'intérêt, d'affectivité et de langage, cris rau-

ques ou stridents sans motif (« cri décollé » de Séglas), instabilité motrice, balancements rythmés, déficience sensorielle profonde. Le Retard simple, qui est bien plutôt un habitus neuropsychique infantile prolongé, n'offre jamais le tableau d'un état pathologique aussi sombre ni d'une déchéance aussi rapide.

Disons quelques mots des idioties avec mongolisme, à cause de leur fréquence relative qui semble s'être accrue de nos jours (1). Il existe un assez bon nombre de « petits mongoliens » chez lesquels les symptômes physiques de l'affection (brachycéphalie, front bas, paupières « en amande », épichantus, oreilles de singe, etc.) sont peu accentués, et pour qui le diagnostic mental d'idiotie semble trop sévère. On devra surtout se fier au degré de démembrement du syndrome neurologique infantile, et aux progrès intellectuels et moteurs que peut réaliser l'enfant, pour distinguer du mongolisme fruste le Retard simple des fonctions nerveuses et psychiques.

L'imbécillité, dont on a pu dire que les lésions sont si exceptionnelles ou si légères qu'elle « apparaît comme une affection mentale due probablement à un trouble fonctionnel, mais non à une lésion organique des centres nerveux » (Sollier), se rapproche davantage encore du Retard simple chez le jeune enfant. L'imbécile a une attention instable, une mémoire généralement lente, un sens moral rudimen-

(1) M. GUINON a souligné cette fréquence à la Société de Pédiatrie, le 21 mars 1922.

tales. En dépit de toutes les disciplines d'une éducation spéciale et des médications mises en œuvre, l'arriéré ne se rapprochera jamais du type normal, et ses fruits seront socialement négligeables. Seul l'enfant simplement retardé, qui à son heure deviendra comme les autres, offre des espérances illimitées, et presque intactes, de floraison et de moissons prochaines.

*
* *

IDIOTIES

Le diagnostic est en général des plus aisés à établir entre le Retard simple, tel que nous l'avons défini, et l'idiotie ou l'imbécillité profonde qui s'accompagne habituellement de malformations grossières : microcéphalie, et quelquefois macro, scapho, plagiocéphalie, strabisme, bec-de-lièvre, anomalies de la voûte palatine, de l'oreille, etc. Il existe cependant des cas où ces malformations sont légères ; d'autres où elles ne se rencontrent même pas, comme dans cette variété, assez rare d'ailleurs en nos pays, l'idiotie familiale amaurotique ou maladie de Tay-Sachs, dans laquelle les troubles physiques se ramènent à une diminution de la vue jusqu'à cécité complète, et à une faiblesse musculaire jusqu'à paralysie totale. Dans ces cas, le diagnostic se fera avec le Retard simple des fonctions normales de l'enfant par les signes psychiques communs aux idioties : absence d'attention, d'intérêt, d'affectivité et de langage, cris rau-

ques ou stridents sans motif (« cri décollé » de Séglas), instabilité motrice, balancements rythmés, déficience sensorielle profonde. Le Retard simple, qui est bien plutôt un habitus neuropsychique infantile prolongé, n'offre jamais le tableau d'un état pathologique aussi sombre ni d'une déchéance aussi rapide.

Disons quelques mots des idioties avec mongolisme, à cause de leur fréquence relative qui semble s'être accrue de nos jours (1). Il existe un assez bon nombre de « petits mongoliens » chez lesquels les symptômes physiques de l'affection (brachycéphalie, front bas, paupières « en amande », épichantus, oreilles de singe, etc.) sont peu accentués, et pour qui le diagnostic mental d'idiotie semble trop sévère. On devra surtout se fier au degré de démembrement du syndrome neurologique infantile, et aux progrès intellectuels et moteurs que peut réaliser l'enfant, pour distinguer du mongolisme fruste le Retard simple des fonctions nerveuses et psychiques.

L'imbécillité, dont on a pu dire que les lésions sont si exceptionnelles ou si légères qu'elle « apparaît comme une affection mentale due probablement à un trouble fonctionnel, mais non à une lésion organique des centres nerveux » (Sollier), se rapproche davantage encore du Retard simple chez le jeune enfant. L'imbécile a une attention instable, une mémoire généralement lente, un sens moral rudimen-

(1) M. GUINON a souligné cette fréquence à la Société de Pédiatrie, le 21 mars 1922.

monoplégies, et à cet important syndrome de paraplégie spasmodique, la maladie de Little, que notre maître Dupré dénommait très justement une idiotie motrice. A l'échelon supérieur se rencontre le pur *synisme*, fait de syncinésies, de paratonie et de malaadresse constitutionnelle, de la débilité motrice simple, associée ou non à la débilité mentale.

Nous nous proposons de différencier plusieurs de ces affections d'insuffisance motrice, comme la clinique elle-même nous y invite, des anomalies d'ordre moteur du Retard simple.

Maladie de Little

Lorsque des troubles intellectuels profonds, ce qui n'est pas l'hypothèse la plus fréquente, accompagnent l'une de ces diplégies cérébrales dont Little, le premier, a décrit plusieurs formes, il est bien difficile de la distinguer du groupe des idioties, mentales et motrices, incurables ; c'est la forme cérébro-spinale de Déjerine, qui ne s'amende pas au point de vue psychique. Mais il arrive plus souvent que la maladie de Little ne s'accompagne d'aucune débilité mentale ou presque, et soit comme une expression, très marquée aux membres inférieurs, de la pure débilité motrice ; son pronostic est alors moins mauvais ; c'est la forme spinale de Déjerine. Cette dernière variété pourrait être, dans bien des cas, confondue avec un retard simple électif, à prédominance motrice. Et si le langage articulé est à la fois

pauvre et défectueux, la particulière dysarthrie due à la rigidité spasmodique chez un petit Little peut en imposer pour un retard partiel des fonctions, du type de l'audi-mutilé, chez un entendant muet.

Le syndrome de Little très peu accusé, et caractérisé dans ce cas par sa bénignité avec tendance à la marche et disparition progressive des signes neurologiques d'hypogénésie, apparaîtra parfois, de par son évolution et son pronostic, comme un pur retard de développement, du type moteur. On est en droit de redire que proprement la maladie de Little n'existe pas : il n'y a que des syndromes, dont la persistance et la régression importent seules pour l'avenir des fonctions nerveuses et mentales de l'enfant.

Rachitisme

Dans les études si autorisées qu'il a faites sur ce sujet, M. le professeur Marfan s'est attaché à démontrer que le rachitisme pouvait tenir à diverses infections, et qu'il y avait là encore un syndrome fait de multiples lésions extra-osseuses. Quelle qu'en soit la cause, et s'il est vrai de dire que « tout est malade dans le rachitisme » (Comby), il apparaît que le système nerveux est particulièrement atteint, peut-être primitivement au point de tenir sous sa dépendance l'asthénie musculaire et la déformation osseuse. Le rachitisme est une maladie du développement de l'enfant, avec des retards habituels dans l'établissement de ses fonctions motrices. Il débute

généralement entre 3 mois et deux ans, pour ne plus évoluer après l'âge de cinq ans environ. Le docteur André Collin a constaté, chez les rachitiques de 2 à 3 ans, une persistance du syndrome infantile psycho-neuro-musculaire : le signe de Babinski positif, la vivacité des réflexes, une persévération anormale des attitudes, des syncinésies très accusées, et cette particulière résistance à la fatigue qu'il a bien étudiée avec M. Lesage chez le nourrisson. Dans cet ensemble, il n'y a que des signes de retard, dont le pronostic est bon ; et nous croyons qu'il est permis de regretter la sévérité d'appréciation et de pronostic qui apparaît dans ce qu'a écrit de certains rachitiques M. Comby : « Ils ne parlent que tardivement et avec peine, leur intelligence ne s'ouvre pas. Toutes les fonctions de relation sont en retard chez eux : marche, parole, sens de l'ouïe, de la vue, de l'odorat ; ce sont des arriérés ». (1) Ne serait-il pas préférable de dire : le rachitisme n'est pas de l'arriération ; mais par l'ensemble des signes d'insuffisance motrice qui souvent l'accompagnent, il s'apparente de près au Retard simple, dont le différencient toutefois les progrès de croissance, comme la fermeture des fontanelles par exemple, réalisée normalement avant la maladie quand celle-ci n'est pas trop précoce.

(1) GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance 2^e éd., Tome I, p. 937.

Maladie d'Oppenheim

Henri Chéné, dans sa thèse sur l'Atonie musculaire congénitale, en 1910, a bien fait connaître chez nous la maladie, assez rare d'ailleurs, décrite par Oppenheim en 1900. Misserey, de Lyon, en avait réuni 22 cas en 1908. Nous ne nous arrêterons pas longuement à ce curieux syndrome amyotonique, qui, sans troubler l'état général ni l'intelligence, peut parfois être confondu avec un retard simple du développement moteur. Les muscles sont mous, sans atrophie véritable, et atteints d'une fatigabilité spéciale ; la laxité ligamentaire est fortement accusée. L'enfant s'affaisse et paraît à première vue complètement paralysé, quoiqu'il n'y ait, a écrit Déjerine « jamais de paralysie tout à fait complète, mais un état d'impotence très analogue à celui de la chorée molle ». Les réflexes tendineux sont abolis, et les cutanés, ainsi que les sphincters, toujours intacts.

Dans les cas surtout de maladie d'Oppenheim légère, quand l'hypotonie et la faiblesse musculaire dominant, on peut avoir un tableau clinique très voisin du Retard simple. L'affection évolue lentement vers l'amélioration spontanée, et le pronostic reste bon, à condition cependant que l'enfant échappe à toute complication broncho-pulmonaire. Il n'est pas étonnant qu'Oppenheim lui-même, frappé de cette évolution bénigne, ait émis à son sujet l'hypothèse d'un simple retard de développement

des cellules motrices des cornes antérieures de la moëlle.

Maladie de Friedreich

Indépendamment de son caractère héréditaire ou familial, l'ataxie infantile a des symptômes qui la distinguent nettement d'un retard simple des fonctions de la motricité : titubation et démarche tabéto-cérébelleuse, nystagmus, parole traînante et embarrassée, tremblement intentionnel, réflexes tendineux abolis, pied bot équin spécial avec bombement des os du tarse et excavation plantaire, etc. Tous ces signes font penser les uns au tabès, les autres à la sclérose en plaques, mais l'ensemble ne nous rapproche guère de notre Retard simple, d'autant moins encore que l'évolution très lente ici est fatale et le pronostic tout à fait sombre.

Cependant la maladie de Friedreich peut offrir une symptomatologie plus fruste et dans le cas par exemple où les réflexes peuvent être exagérés, où manque le nystagmus, où l'ataxie est peu prononcée, quand l'affection n'a pas son caractère familial et qu'elle a débuté précocement, au moment où l'enfant commençait à marcher, on peut confondre cette maladie avec les troubles d'un retard simple de la marche. Ne savons-nous pas par ailleurs que l'asynergie cérébelleuse appartient au syndrome infantile qui peut anormalement se prolonger ? Il s'agira donc, dans certains cas où un enfant de trois

ans ne marche pas ou tombe, de poser un diagnostic différentiel entre le Retard simple et un cas fruste d'ataxie de Friedreich. On tiendra compte, d'une part, des troubles de la parole, si différents du retard de la fonction du langage, et de l'intensité des réflexes cutanés ; d'autre part, dans le retard simple, on saura toujours découvrir certains progrès de la parole ou de la marche si l'on prolonge quelque temps l'observation de l'enfant qui a une tendance normale à compenser son retard.

Débilité motrice simple

Associée ou non à des troubles intellectuels, la débilité motrice, avec ses signes d'hyperréflexivité tendineuse, d'extension conservée du gros orteil, de syncinésies, de paratonie et de maladresse générale, peut chez un très jeune enfant être affirmée à première vue dans le cas d'un simple retard du développement moteur. Ce qui nous permettra de faire le diagnostic entre ce syndrome de débilité motrice, sur lequel notre maître Dupré attira le premier l'attention, et le syndrome infantile anormalement prolongé, c'est l'évolution ultérieure et la notion de progrès chez l'enfant. Le débile n'acquiert aucune adresse suffisante pour s'adapter à des situations nouvelles, et, s'il est en même temps débile mental, aucune initiative intelligente dans ses jeux ; en l'un et l'autre cas, il ne fait que des progrès d'addition ou de dressage pour une espèce d'activité par-

ticulière dans laquelle il peut même briller, mais hors de quoi il est nul. L'enfant atteint d'un Retard simple de l'établissement des fonctions motrices possède une habileté inférieure à celle des camarades de son âge, mais cette habileté se développe obscurément, lentement, ce qu'une observation prolongée vérifie, pendant que les syncinésies, la paratonie, en un mot le syndrome physiologique de la première enfance disparaît.

Il convient de se rappeler qu'au point de vue moteur, comme au point de vue psychique, après un certain âge pouvant varier entre huit, douze et quinze ans, il n'y a plus guère place pour le retard simple. Si des signes d'insuffisance des fonctions continuent à s'affirmer, c'est qu'on a à faire à de l'arriération chez un débile moteur qui ne saurait évoluer vers la guérison. Le retard, ainsi que nous le verrons au chapitre de l'évolution et du pronostic, se sera mal arrangé dans ce cas, laissant après lui des anomalies comparables à celles de la débilité motrice congénitale.

DÉBILITÉ SENSORIELLE

Dans sa thèse remarquablement riche et instructive, Heuyer a pris soin d'établir l'importance de l'examen sensoriel des enfants anormaux. Cette importance apparaît plus grande encore toutes les fois qu'une insuffisance de l'acuité visuelle ou auditive principalement, peut prêter à confusion avec le ta-

bleau clinique du Retard simple des fonctions psychiques.

Des observateurs (Doll, Gelpke, van Bierliet) ont présenté la vision défectueuse comme une cause importante de l'arriération mentale. Pour employer des termes mieux appropriés, et ne rien préjuger de l'état même du cerveau, il est facile de se la représenter avec Binet (1) comme une cause évidente de retard dans les études. Mais ce n'est point là exactement le Retard simple neuropsychique dont nous connaissons la symptomatologie et l'évolution spéciales ; son caractère est plus endogène, tandis qu'une débilité d'ordre visuel est à la fois plus extérieure dans sa cause et plus durable quant aux effets de retardement pour l'enfant.

La sensibilité auditive a un rôle plus important encore que la vue dans l'évolution psychique, à cause de son influence sur le langage par lequel nous entrons en commerce avec nos semblables. On connaît, par le moyen des statistiques, combien l'insuffisance de l'acuité auditive rend nombreux les cas de retard dans les études. L'examen auditif de l'enfant, plus encore peut-être que l'examen visuel, s'impose donc pour attribuer à ses véritables causes (otite, végétations adénoïdes, etc.) un retard qui n'offre aucun des signes neurologiques du Retard simple des fonctions nerveuses et mentales.

L'isolement de la vie sociale, tristement conditionné par une audition défectueuse, nous amène

(1) BINET. — *Les idées modernes sur les enfants*, p. 82.

à signaler un isolement plus global encore, généralisé à tous les sens, l'isolement de l'enfant moralement abandonné, sans aucune éducation, de l'enfant « en jachère ». La littérature nous a fourni des récits souvent pittoresques sur ces êtres incultes que leur sauvagerie faisait appeler autrefois les enfants-loups, les *Wolfs boys* ; il existe encore de nos jours de malheureux enfants, qui ne sont ni des idiots ni même des débiles, et que l'abandon complet, le manque de soins, les sévices ont abrutis jusqu'à en faire des retardataires très accusés de toute l'activité psychique. Le diagnostic de l'état mental de ces pauvres jeunes êtres « mal sortis de leur gangue » pourra se faire par l'absence des signes neurologiques infantiles, et par la rééducation souvent rapide de ces enfants qui, placés en dehors de l'abandon familial et social, ouvrent leur intelligence et développent leur langage parfois avec une célérité que ne connaît pas le Retard simple des fonctions psychiques.

*
**

SIMPLE DÉBILITÉ MENTALE

Le débile intellectuel, que son insuffisance psychique congénitale empêche de s'assimiler des notions personnellement utilisables, et qui conserve la crédulité extrême, la faiblesse de jugement, le défaut de discernement d'un enfant plus jeune que lui, peut faire croire, dans les premières années de sa vie, à un Retard simple des fonctions mentales. Cela

est particulièrement vrai quand, par l'exagération de quelque faculté ou aptitude particulière, il semble s'écarter davantage du type ordinaire de l'arriéré : facilité du calcul, mémoire élective pour un canton particulier des connaissances, verbosité parfois brillante et dehors séduisants. Dans son livre *Les enfants retardataires*, M. Apert a signalé plusieurs cas d'imbéciles calculateurs habiles. Et plus récemment (*Soc. de psychiatrie*, 20 janvier 1921), Heuyer et Sémelaigne ont présenté un enfant, débile mental et moteur, capable 1° de trouver le nom du jour de la semaine correspondant à une date donnée ; 2° de trouver le quantième correspondant à un jour donné, sur une étendue de dix années environ.

Dans ces cas d'un apparent et illusoire progrès intellectuel, qui en impose souvent à l'entourage familial par une sorte d'hypertrophie de quelque faculté mentale, calcul, musique, etc., le diagnostic peut être assez délicat à établir avec les lenteurs habituelles d'acquisitions du Retard simple. Le débile d'abord a perdu généralement de bonne heure ses signes neurologiques de nourrisson ; de plus, son psychisme artificiellement brillant ne fait que refléter comme un miroir une lumière toute faite, il ne s'enrichit pas des éléments du dehors à la manière du vivant qui assimile selon sa formule propre ; le débile ne pose pas de questions sur ce qu'il voit, il est incapable de raisonner, de contrôler, de critiquer les multiples apports du monde extérieur. Intellectuellement, le retardé simple au contraire

progresses ; et, si on le compare à quelques mois de distance à lui-même, il apparaît que son psychisme a fait quelque travail personnel et utile. En résumé, le débile intellectuel reste sur place, et ses jeux comme son langage ne révèlent pas le progrès, qui s'établit plus ou moins tôt dans le Retard simple des facultés neuropsychiques.

Notons enfin, et nous y reviendrons au chapitre de l'évolution (IV), que l'insuffisance mentale peut survivre à un retard simple qui n'a pas disparu normalement. C'est ainsi que nombre d'arriérés, qui ont parlé tard, marché tard, et, pour l'ensemble des acquisitions courantes qu'ils possèdent, se sont montrés dans leur première enfance en retard pour tout, ne peuvent être distingués de nos simples retardés que par l'étude du syndrome neurologique infantile et la constatation fréquente de quelques progrès intellectuels insuffisamment poursuivis.

*
**

FATIGABILITE ET SUSCEPTIBILITÉ ACCIDENTELLES

Peut-être semblera-t-il superflu de signaler, à la suite des débilités mentales et motrices congénitales, un syndrome épisodique simulant la débilité ou le retard des fonctions psychiques et provoqué par la fatigue ou par quelque toxi-infection. Il faut bien y insister cependant : après un effort intense, un travail prolongé, une marche forcée, quelquefois seulement après un repas copieux suivi d'une diges-

tion pénible, l'enfant peut manifester des signes d'insuffisance motrice et intellectuelle qu'il n'avait pas auparavant : ses réflexes sont très vifs, subtrépidants, le signe de Babinski disparu ou tôt ou tard réapparaît, de même que les syncinésies plus accentuées, la maladresse et la paratonie ; l'attention et les facultés de mémoire et de discernement sont transitoirement affaiblies ; puis tout rentre dans l'ordre avec le repos. Dupré et Collin ont signalé le pittoresque exemple de ces bonnes à tout faire qui, surmenées physiquement, avaient une maladresse paroxystique pendant leurs périodes menstruelles.

Cet exemple, où s'associaient la fatigue et un incident physiologique, nous amène à citer l'apparition du même syndrome de débilité ou de faux retard dans toutes les intoxications ou infections possibles. Au cours d'une simple angine, d'une coqueluche ou d'une broncho-pneumonie grave, on peut voir se réveiller chez un enfant le signe de Babinski unilatéral ou bilatéral et tous les signes d'insuffisance dont nous avons parlé. Parents et médecins connaissent bien l'énurésie accidentelle et passagère des maladies chez l'enfant. Il y a là une vulnérabilité spéciale des centres nerveux qui réagissent, à la toxi-infection comme à la fatigue, par des signes de débilité ou de retard. Les renseignements obtenus par l'observateur sur la santé générale du sujet, ou sur les conditions d'activité exagérée qui ont précédé immédiatement l'examen, et que celui-ci vient modifier encore par l'hyperémotivité qu'il

occasionne souvent, suffiront à faire éliminer l'hypothèse d'une débilité congénitale ou d'un retard simple des fonctions neuropsychiques.

Il faut tenir compte cependant de la susceptibilité spéciale à la fatigue et aux infections que doit laisser après lui un retard simple, même normalement disparu. Aussi sera-t-il intéressant de vérifier toujours, lorsqu'un incident passager réveille le syndrome d'insuffisance, si le terrain n'était pas préparé à ce réveil par l'existence ancienne d'un retard simple. Le syndrome épisodique, distinct du vrai retard, serait dans ce cas la signature de l'anomalie disparue.

*
* *

DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

Depuis ses leçons faites à la Faculté en 1920, M. Lesage a réuni en opuscule ses vues originales sur la débilité arthritique chez l'enfant. Nous y lisons que ce petit débile d'une espèce nouvelle peut présenter des symptômes de retard : « L'enfant n'apprend pas à parler... Il n'a aucun appétit pour la marche ». (p. 73). « Le langage ne se fait pas : l'enfant n'apprend pas par inertie, indifférence, absentéisme » ; mais pendant cet absentéisme il semble qu'il apprenne inconsciemment, car M. Lesage dit de ces enfants : « La crise terminée, ils sortent toute une série de mots entendus et qu'ils n'ont jamais prononcés ». Et plus loin (p. 74) : « A chaque crise

d'inertie, tout progrès s'arrête. Dès que l'état physique s'améliore, l'enfant complète son langage. On voit alors qu'en dehors des crises toutes les opérations de l'intelligence sont normales ». L'énurèse apparaît aussi comme « un très bon signe de la débilité et persiste tant que l'enfant en est atteint, diminuant et disparaissant quand l'amélioration a lieu, s'aggravant quand l'affection progresse ». « A quatre ans, cinq ans, l'enfant arrive à l'école avec plus ou moins de retard, avec un bagage intellectuel et un langage, en général peu fournis » :

On le voit, par son influence sur le psychisme qui s'en trouve atteint à la manière de toutes les insuffisances, la débilité arthritique de M. Lesage était à rapprocher de l'arriération mentale et du Retard simple, pour la distinguer de l'une comme de l'autre de ces deux anomalies de développement des fonctions nerveuses et psychiques. C'est avec la seconde surtout que le diagnostic différentiel comporte les plus fines nuances, car dans les deux cas, chez l'arthritique et chez le retardé, il s'agit d'un enfant intelligent, en crise d'insuffisance psychique occasionnelle ou par absentéisme ou par retard ; et le pronostic est bon pour tous les deux.

*
* *

HYSTÉRIE

Nous devons dire quelques mots, en terminant ce chapitre, des hystériques. Ceux-ci sans doute réali-

sont rarement le tableau d'un retard intellectuel, bien qu'ils excellent à copier tous les syndromes neuro-psychiatriques possibles. Cependant, comme l'hystérique est un infantile mental et un hypersuggestible dont les réactions dénotent une insuffisante finition de son système nerveux, une sorte de perméabilité pathologiquement conservée des aires fonctionnelles de son cerveau, il mérite d'être rapproché et distingué de l'enfant atteint d'un retard simple de ses fonctions psychiques.

Ce qui domine dans l'hystérie, c'est la richesse habituelle des manifestations extérieures de mime et d'invention, en langage et en actes : fabulations vaniteuses ou perverses, fictions, mythes, paralysies, tremblements, etc., le tout étant accompagné le plus souvent, dans le jeune âge, des signes neurologiques ordinaires du retard de développement.

L'hystérique peut être précoce ; plus souvent il a eu sa première dent tard, il a marché tardivement ; ou bien encore il y a eu dysharmonie dans l'établissement de ses fonctions motrices.

Dans le Retard simple, nous voyons beaucoup moins d'aptitude imaginative, moins de décision à parler ou agir ; l'hystérique ne se soucie pas volontiers de copier un tableau aussi peu brillant intellectuellement que celui du retard simple. Par contre, au point de vue moteur, la même suggestibilité, la même disposition à conserver les attitudes reçues, se rencontrent dans les deux états. On peut déjà entrevoir, et nous y reviendrons plus loin, que le Re-

tard simple, surtout le retard partiel de type moteur, disparaît parfois en laissant après lui des aptitudes spéciales aux accidents pithiatiques, particulièrement aux phénomènes cataleptiques de l'hystérie.

CHAPITRE III

TYPES CLINIQUES ET OBSERVATIONS

Il existe, nous l'avons vu, une symptomatologie spéciale des retards de développement du système nerveux qui permet d'isoler, en le différenciant des agénésies et de l'arriération psychique, un état fonctionnel, anormal plutôt que morbide, que nous appelons le Retard simple. Reconnaître cet état précocement est d'un haut intérêt pour l'enfant et sa famille. Si, en effet, on a pris beaucoup de peine, et parfois trop peut-être, pour observer, classer et hospitaliser de tristes groupes d'arriérés, armée vaincue d'avance dans la lutte pour la vie, on ne saura jamais trop faire pour distinguer le Retard simple, que des observations cliniques nous ont montré comme l'évolution d'une graine, légèrement meurtrie aussitôt que jetée en terre, portant des anomalies de croissance dans le temps, mais promettant quand même une riche moisson.

En vue donc de diriger notre thérapeutique, et pour instruire du pronostic favorable les parents

auxquels on évitera ainsi frais et déceptions des maisons spéciales pour arriérés, il s'agit de diagnostiquer non seulement le retard simple, mais la forme clinique en face de laquelle on se trouve.

Parmi de très nombreuses observations, prises par plusieurs pédiâtres et pédagogues, certaines par nous-mêmes, et qui toutes concourent à établir l'unité nosographique sous la diversité clinique du Retard simple, il y a lieu de distinguer quelques types, assez nettement tranchés d'après les symptômes communs qu'ils groupent ordinairement. L'un est le type complet d'un retard simple, généralisé à tout l'ensemble des fonctions nerveuses et psychiques de l'enfant ; un second type est celui du retardé simple à prédominance motrice ; tel autre est un retardé mental qui a souffert électivement dans sa fonction du langage, un entendant-muet ; ici, le retard simple a presque totalement disparu, là persistent des traces durables après lui de morbidité mentale ou motrice. Nous aurions matière à près de cent exposés possibles d'observations pour illustrer ces formes du Retard simple ; nous n'en exposerons que quelques-unes, persuadés que six ou sept types cliniques suffisent pour l'intelligence des retards simples, et valent mieux qu'une longue série, quelque peu monotone, d'observations qui se ressemblent beaucoup les unes aux autres.

Nous aurons soin de retracer, en quelques lignes, à la suite de ces types principaux, les points saillants d'observations analogues, retrouvés sur des fi-

ches anciennes ; ce sera un complément d'information pour chacune des formes choisies de Retard simple.

Observation A. — *Retard simple généralisé,
intellectuel et moteur. Guérison totale*

SIMONE B., née en novembre 1913, fut amenée à la consultation de neurologie au printemps 1916, parce qu'elle avait une grande instabilité motrice, et de « l'arriération mentale » disaient les parents ; elle marchait à peine et prononçait très péniblement quelques mots sans plus. Nous eûmes vite reconnu qu'il n'y avait dans son cas, rien de l'instabilité de l'idiotie, que l'enfant s'intéressait à l'entourage, aux mouvements et aux bruits, et ne paraissait pas inintelligente. Les mots qu'elle disait d'ailleurs, bien qu'en très petit nombre et mal articulés, s'adaptaient exactement aux choses vues ou désirées.

Un premier examen neurologique nous montra la vivacité extrême des réflexes tendineux, un double signe de Babinski bien conservé, la persévération sans fatigue des attitudes imposées aux membres.

La première dent avait paru, nous dit-on, à 12 mois. Il n'y avait pas eu de convulsions. L'enfant urinait encore toutes les nuits au lit.

Sa mère, intelligente, fut soignée en 1909, pour une pleurésie. Le père, employé de commerce, passait pour sobre, mais nerveux et facilement irrita-

ble. Deux sœurs, plus âgées, normales et très intelligentes.

La petite Simone fut revue à la fin d'octobre 1916, quand elle avait trois ans. Un court séjour à la mer avait-il agi sur sa croissance ? Elle marchait ; sa parole était meilleure, beaucoup plus riche de mots nouveaux ; l'énurésie toutefois persistait encore. Il fut noté, au point de vue psychique : bonne compréhension des questions et des ordres donnés, mais attention fugace, et énervement au moindre exercice commandé ; mémoire immédiate défectueuse.

Nous avons appris depuis, et sans avoir revu l'enfant, qu'à 6 ans elle était entrée à l'école et s'y comportait « comme les autres », tant pour la course et les jeux que pour le travail intellectuel. Il ne lui reste de pathologique que des maux de tête fréquents, et de la nervosité avec tendance aux colères et souvent de la fièvre.

Voilà donc une enfant chez qui le Retard simple généralisé, parler défectueux et insuffisance motrice, a disparu sans laisser de traces sérieuses de morbidité. Le système nerveux, touché au double titre de l'hérédité tuberculeuse, dont la pleurésie maternelle est une signature assez probante, et de l'hérédité similaire paternelle, n'arrivait pas à établir en temps normal ses grandes fonctions ; mais, grâce aux soins intelligents de la mère, renforcés peut-être par la climatothérapie marine venue au moment favorable, le retard a pu être compensé sûrement et la période scolaire a été abordée dans les conditions les meilleures pour l'enfant.

Parfois une année d'école peut suffire à dissiper les troubles d'un retard simple généralisé. Nous avons connu tout récemment le cas (1) d'une fillette de 8 ans, JEANNE O., d'un aspect général fragile, grande pour son âge, qui au mois d'octobre se rangeait dans les dernières de sa classe, ne sachant ni lire couramment, ni calculer, ni faire travailler sa mémoire, ni même au point de vue moteur se tenir calmement. Elle se montrait agitée, bavarde, taquine, comprenant bien cependant les explications, raisonnant juste, et dans la vie pratique — au dire de la mère — « débrouillarde ». Donc enfant pas sotte, mais scolairement très médiocre et incapable de diriger et d'inhiber sa motricité. Aux vacances de Pâques, elle avait fait de grands progrès en lecture, comprenait le calcul en tant que comparaison et jugement, et portait un assez vif intérêt au travail de la classe. En récréation elle joue avec douceur, sans maladresse, et avec une note affectueuse de maternisme pour les plus petites qu'elle pouponne et commande à sa façon. Mentalement et au point de vue moteur, cette enfant n'est plus au-dessous de la moyenne de sa classe.

Le Retard simple ne disparaît pas toujours aussi vite ni à un âge aussi jeune, ce que l'observation suivante va nous montrer.

(1) Observation prise par Madame Nouca, institutrice des Ecoles de la Ville de Paris, que nous tenons à remercier ici.

Observation B. — *Retard simple généralisé, en voie de guérison*

JEAN M., garçon de 13 ans, est venu en consultation il y a peu de temps. Sa mère, concierge, qui avait dû le placer dans un orphelinat en province, nous dit qu'il n'y a presque rien appris, mais qu'il n'est pas sot pourtant. Elle vient avec lui au dispensaire parce qu'il a « une glande au cou » et un tic : il porte à tout instant sa bouche vers sa joue droite, et il a des clignements d'yeux très fréquents.

Les antécédents familiaux sont lourds : la mère est soignée pour tuberculose pulmonaire ; elle signale que sa propre mère mourut, à l'âge de 28 ans, d'un « chaud et froid », et l'une de ses sœurs mourut, bacillaire aussi, à 22 ans. Le père, porteur aux Halles, est un alcoolique invétéré.

L'enfant est né à terme, après une grossesse normale. Il a eu sa première dent à 5 mois, et aurait parlé assez précocement ; mais il n'a marché qu'à trois ans. Pas de convulsions. Enurésie hypogénétique jusqu'à 6 ou 7 ans.

D'aspect doux, tranquille et peu actif, causant à peine, ce garçon présente à première vue l'apparence d'un débile intellectuel : il n'a pas eu son certificat d'études, il ne sait quel métier choisir, il s'ennuie chez sa mère qui ne l'a près d'elle que depuis un mois ; il ne lit pas, mais regarde volontiers des images ; les achats qu'il peut faire dans son quartier

sont exécutés avec inattention et plus d'une erreur y'est commise.

Cependant la mère nous apprend que, dans l'orphelinat où il fut longtemps placé, on ne lui a rien enseigné intellectuellement, mais il y apprit assez en menuiserie pour lui envoyer de petits objets bien ouvragés par lui-même ; il lui écrivait des lettres qu'elle trouve bonnes. Il a bon cœur, dit-elle, et se montre serviable. A ses côtés il parle peu, mais il pose des questions raisonnables, et somme toute elle le trouve assez intelligent.

Nous l'examinons : au point de vue neurologique, la réflexivité est normale ; pas de syncinésies bien accusées, aucune laxité ligamentaire ; persistance notable des attitudes reçues. Au point de vue psychique : les réponses sont lentes ; beaucoup d'ignorance sur toutes les questions scolaires, et sur la connaissance de Paris et du milieu nouveau qu'il habite depuis un mois ; mais aucune réponse n'est absurde.

En résumé, Jean a manifesté dans son enfance un retard des fonctions motrices et intellectuelles qui s'est amélioré ; il a vécu dans l'abandon familial et scolaire ; il est dépaysé par le récent changement de milieu, et bouleversé, nous dit la mère, par les scènes domestiques faites devant lui par un père ivrogne. Mais il est en progrès pour tout : ni maladroit, ni sot dans ses propos. Nous laissons entendre à la mère que son intelligence et son habileté professionnelle (il entrera prochainement chez un ébéniste) peuvent s'améliorer encore, dans les années qui

viendront, si l'on veut bien surtout modifier les conditions de vie familiale dont il souffre physiquement et mentalement, tant que son développement fonctionnel ne semble pas arrêté.

Nous avons vu d'autres exemples de cette lenteur d'évolution, dans le Retard simple, quand de bonnes conditions hygiéniques et pédagogiques, ne sont pas réalisées. Un enfant de 3 ans, PIERRE D., qui titubait en marchant, avait une persistance de l'extension de l'orteil à droite, et conservait longtemps les attitudes, eut encore à six ans le signe de Babinski unilatéral et gardait, étant assis, sa jambe droite en l'air, pendant cinq à six minutes, sans fatigue. L'hygiène de l'enfant était déplorable ; et, malgré le traitement hydrargyrique, la faiblesse à droite était encore très accusée à l'âge de 10 ans, et les syncinésies plus marquées du même côté : le réflexe plantaire était en flexion à droite comme à gauche.

Observation C₂. — *Retard simple électif, à type moteur. Amélioration. Persistance d'anomalies motrices.*

ROBERT N., jeune lycéen studieux et récompensé de son travail par de précoces succès scolaires, a 8 ans. C'est un grand enfant pâle et mince. Il se présente avec une certaine timidité d'attitude et gaucherie ; par contre, son esprit en éveil n'a point d'hé-

sitation à s'exprimer logiquement, clairement, encore qu'il le fasse avec un bégaiement pour lequel principalement on l'amène en consultation.

Ce bégaiement date de quatre ans, d'une peur vive qu'il eut à cet âge-là en sentant le contact, vraisemblablement réel, de souris dans un placard noir où il fut enfermé par punition. Il a toujours eu depuis, disent les parents, des inquiétudes, des scrupules, quelques peurs mal fondées de bruits ou de spectacles imprévus, et souvent des terreurs nocturnes.

Les antécédents familiaux sont imparfaitement connus. Le père serait, paraît-il, un « nerveux » depuis son enfance, facilement irritable et d'humeur coléreuse, devenu quelque peu hypochondriaque ; la mère ne signale aucune tare ni aucune maladie en elle, mais son unique grossesse a été défectueuse, marquée de vomissements presque continuels.

Le jeune Robert est né à terme ; l'accouchement a été normal. Il a eu sa première dent à 5 mois ; pas de convulsions connues. Mais les parents se rappellent qu'il n'a prononcé les premiers mots qu'à deux ans, et qu'il a commencé à marcher, entre 18 et 20 mois, assez maladroitement longtemps. L'énurésie nocturne n'a pas dépassé la date normale. Ses premières maladies d'enfance n'offrent rien de notable. Il a d'assez fréquents troubles digestifs, quelques périodes d'excitation pendant lesquelles son sommeil est agité, jusqu'à provoquer un peu de délire fébrile.

Actuellement, l'enfant, dont l'examen mental dénote des qualités excellentes de mémoire, de juge-

ment, d'affectivité et d'initiative, ne présente pas d'autre gros trouble que son bégaiement, exagéré par l'émotivité. Neurologiquement, on a noté des réflexes très vifs, l'intensité des syncinésies, la présence d'un double signe de Babinski, paraissant toutefois inconstant et variable quand on le recherche après une assez longue période de repos. Sa maladie de plus s'exagère par la fatigue et l'émotion, et nous en avons constaté le paroxysme au cours de l'examen médical.

Les parents insistent sur ce fait qu'il demeure maladroit dans ses jeux, moins qu'il n'a été cependant, qu'il ne court pas aussi bien que les enfants de son âge et qu'il tombe assez souvent. Nous avons donc observé là le cas d'un enfant intelligent, normal somatiquement et mentalement, mais atteint d'un retard léger, qui a pesé presque uniquement sur sa motricité, restée défectueuse malgré quelques progrès.

Nous citerons un cas presque analogue chez un enfant plus jeune. André C., 3 ans et demi, dont le père est asthmatique et suspect de bacillose, est né à terme, a eu sa première dent à 7 mois et a marché à deux ans. Son intelligence est assez vive pour son âge ; il parle logiquement, avec quelques défauts d'articulation. Mais les troubles moteurs dominent : énurésie nocturne ; signe de Babinski bilatéral.

L'enfant fut soumis au traitement d'une série de piqûres d'hydrargyre. Revu dix mois après, il avait encore des syncinésies très prononcées, il oubliait ses bras en l'air en position fatigante, il urinait souvent

au lit ; mais le réflexe plantaire était en flexion à gauche ; la réflexivité tendineuse, plus vive à droite, dénotait, de ce côté, une débilité motrice unilatérale, qui n'empêchait cependant pas l'enfant de marcher très droit, tandis que l'année précédente il marchait en tombant fréquemment.

Observation D. — *Autre retard simple, à prédominance motrice : naissance prématurée ; marche tardive ; extension de l'orteil droit, à 9 ans ; conservation des attitudes. Fatigabilité intellectuelle (1).*

YVONNE M., est née en avril 1913, à six mois et demi, après une chute, dans un escalier, de la mère qui eut pendant toute sa grossesse des pertes sanguines ; elle est restée deux mois et demi en couveuse. Elle a eu sa première dent à 15 mois, elle a marché à 22 mois et prononcé ses premiers mots à deux ans.

Maladies de l'enfant : rougeole à 3 mois, suivie de broncho-pneumonie, congestion pulmonaire à deux ans, scarlatine quatre mois plus tard, angine à trois ans et coqueluche avec broncho-pneumonie à six ans. Bronchite chaque année jusqu'en 1920.

Ses parents sont vivants. Le père, employé de chemin de fer, est sobre, d'humeur sombre ; congestion hépatique et dysenterie aux colonies. La mère a été soignée pour « insuffisance respiratoire » du pou-

(1) Cette observation est due à l'obligeance de Madame Nouca.

mon droit, et serait très « nerveuse ». Grand'mère et tante, du côté paternel, étaient « faibles d'esprit ».

La petite Yvonne est une enfant douce, très affectueuse, serviable, un peu paresseuse, lente au travail et apathique. Aimant le jeu, mais ne sachant pas l'organiser, elle joue volontiers avec les plus petits enfants. Elle ne peut faire plusieurs courses et achats ensemble, elle ne sait pas se faire rendre la monnaie. En classe, elle ne répond rien quand la question demande un effort ; son attention ne se fixe pas aux leçons collectives.

On aurait pu croire ici que le tableau était celui de l'arriération mentale, l'enfant manifestant une insuffisance notoire d'attention, de mémoire, de compréhension pour certaines choses, d'initiative et de volonté. Aux épreuves faites par la méthode des tests de Binet et Simon, elle se montre nettement au-dessous de son âge : elle échoue à l'énumération des mois (test de 9 ans), à la répétition de cinq chiffres, et même à la description de gravures qui est un test de 3 ans.

Cependant l'examen psychiatrique a révélé que l'enfant est une émotive, et que de plus ses troubles variaient beaucoup avec la fatigue : stimulée un peu vivement, à l'occasion d'une question, elle cherche, pense et répond correctement ; les tests de l'attention et de la mémoire la fatiguent vite, et c'est peu à peu que ses réponses deviennent celles d'enfants de 7 ans, puis de 6 ans, et au-dessous à la fin.

Yvonne est une insuffisante aussi, et plus mani-

festement même, au point de vue moteur : de son retard de la marche, il est resté une anomalie unilatérale, le réflexe plantaire en extension à droite. Or c'est la jambe droite qui se fatigue le plus vite, et l'enfant s'appuie habituellement sur la jambe gauche. On a noté encore une persévération marquée des attitudes, et quelques syncinésies.

En résumé, cette enfant n'est pas une arriérée, elle est une fragile dont le système nerveux a traduit sa souffrance prénatale (incidents de la grossesse et du premier âge) par un retard d'abord de ses fonctions motrices, puis par une fatigabilité neuropsychique générale ; mais son intelligence est bonne, et ses progrès qui apparaissent quand on la stimule et l'entraîne s'accroîtront par la thérapeutique et les ménagements que nécessite sa santé.

Observation E. — *Retard simple électif, ayant intéressé surtout le langage ; intelligence suffisante. Traitement hydrargyrique. Audi-mutité guérie.*

GEORGES D., vu en consultation la première fois à 3 ans, ne parlait pas encore à cet âge, prononçant quelques rares mots défectueusement. Comme il avait souffert d'une otite à trois mois, un spécialiste qui l'a examiné depuis, a constaté qu'il entendait parfaitement.

Né à terme, il a eu sa première dent à 5 mois, il a marché à 16 mois, et les premiers mots n'ont été entendus qu'à 22 mois. Pas de convulsions.

Lors du premier examen, à trois ans, il urinait encore au lit régulièrement. On a noté la surréflectivité tendineuse et les variations du réflexe plantaire (tantôt extension avec ébauche d'éventail, tantôt flexion). Laxité ligamentaire et syncinésies très nettes.

On ne sait rien de la santé de la mère, le père, cardiopathe, a été réformé pendant la guerre pour aortite (syphilis probable).

Le petit Georges a une mine éveillée, intelligente ; il entend les bruits, mais sa réaction s'opère avec un notable retard ; il est distrait, distant et indifférent à tout ce qui frappe ses oreilles.

Chez lui, dans ses jeux, il fait preuve d'intelligence. Il lui arrive de taquiner son père en cachant un objet et en ne voulant le rendre que si le père lui dit « s'il vous plaît ». Il joue comme un autre enfant ; mais par instants il n'a pas l'air de comprendre : si on lui dit d'aller ouvrir une porte, il faut lui montrer la porte, sans quoi il ne le ferait pas. « Il ne comprend pas la valeur des mots, dit la mère, mais si on lui montre il a l'intelligence vive ».

Survint une rougeole, après laquelle l'enfant disait moins de mots. Très grande lenteur du temps de réaction à l'audition. Il entend cependant, mais ne localise pas : si on fait un bruit, il ne tourne pas sa tête du bon côté ; il cherche, mais sans direction auditive.

Un traitement mercuriel (série d'injections de benzoate) fut fait. Quatre mois après, l'enfant qui avait

alors trois ans et demi, était considérablement amélioré, jouant mieux (il sait comparer la longueur des bois de son jeu de construction), disant nettement : Bonjour madame ; bonjour, monsieur. Cependant il n'essayait pas encore de dire le mot en voyant l'objet. Pendant qu'on l'interroge, il manifeste beaucoup d'intérêt, suit le mouvement des lèvres et écoute attentivement.

Georges a eu trois séries de piqûres. Nous l'avons revu à 4 ans et demi : son intelligence est suffisante pour son âge (par exemple : quand il pleut, il va chercher lui-même le parapluie) ; il a acquis beaucoup de mots nouveaux ; mais, fait curieux, quand on les lui demande, il les prononce mal, et de lui-même il les dit très bien.

Enfin, après une quatrième série d'injections mercurielles, très gros progrès ; il a les associations d'idées d'un enfant de son âge (comme on veut le faire lire, il regarde sa mère et dit : « Dis-le toi, maman ») ; il paraît avoir une centaine de mots à sa disposition. Si l'on considère qu'il n'a pas encore 5 ans, on peut admettre que son Retard électif du langage est assez bien compensé et guéri. Le cas suivant nous montrera quels progrès on est en droit d'attendre encore, dans le retard simple du langage, à un âge légèrement plus avancé.

Observation F. — *Retard électif de la fonction du langage, en voie d'amélioration.*

EMILIENNE L., 7 ans et demi, est née à termé, a eu sa première dent à six mois, a marché à 1 an, a dit ses premiers mots à 2 ans.

Ici, l'étiologie paraît nettement bacillaire. La mère a été reconnue tuberculeuse ; le père aurait eu un poumon lésé, deux ans avant la naissance de l'enfant, qui a été soignée aux Enfants-Malades pour mal de Pott, et dix-sept mois à Berck.

Emilienne est douce, affectueuse et suffisamment intelligente. Elle sait faire maints achats dans son quartier, et recevoir la monnaie ; elle sait combiner des jeux toute seule.

Son plus gros trouble est dans le langage : elle a des dyslalies, prononçant chifflet pour sifflet, shac pour sac ; et elle n'est pas encore maîtresse de ses mots, car elle dit par exemple un mécanique pour un canif. Cependant son vocabulaire est abondant, et ses phrases sont bien construites et sensées.

L'audition est bonne ; son oreille différencie bien une sonnette d'un sifflet et d'un grelot. Mais, comme il arrive généralement chez les entendants-muets, l'attention auditive est la plus défectueuse, alors que l'attention visuelle est bonne et l'activité de l'esprit très suffisante. L'enfant, qui n'a guère plus de sept ans, a réussi 4 sur 5 des tests. Binet-Simon de six ans et n'a guère échoué sensiblement

à aucun de cinq ans et au-dessous. Ce n'est donc pas une arriérée : elle s'intéresse à tout ce qu'elle voit, mais seulement sollicitée et stimulée à ce qu'elle entend.

Elle a fait d'ailleurs des progrès. Un peu distante ou rêveuse dans les exercices scolaires, elle devient bavarde, taquine et gaie au jeu. Sensible aux encouragements, elle est désireuse de savoir bien lire et parler. Dans sa classe, on la juge capable de grands progrès encore, à condition qu'on s'occupe d'elle personnellement et qu'elle ne reste point perdue dans la masse, étant mal servie par sa faiblesse d'attention auditive.

C'est le lieu de rappeler brièvement une observation incomplète d'un enfant qui fut examiné, à la consultation de neurologie infantile, à l'âge de 8 ans. Il ne parlait suffisamment bien que depuis l'année précédente, quoique normalement intelligent. Cet enfant fut revu deux ans après, ayant enrichi son langage au point de pouvoir suivre avec profit l'enseignement d'une classe. A 14 ans, il avait son certificat d'études.

Ces dernières observations d'un retard électif de la parole chez des enfants qui ne sont pas des arriérés ne font que souligner comme bénin un trouble fonctionnel, anciennement connu, qui paraissait souvent alors d'un pronostic sombre. Cependant, en 1892, Perez (1) savait déjà très bien oppo-

(1) PEREZ. — *Les trois premières années de l'enfant* p. 300.

ser les lenteurs d'enrichissement de certains retardés intelligents aux progrès linguaux des arriérés : « Un père, dit-il, me témoignait la crainte que son enfant ne fût muet ou quasi-muet... Cet enfant a commencé tard à parler, il a même pris son temps pour avancer ensuite ; mais, à l'âge de trois ans, ce petit homme avait un vocabulaire aussi riche que précis, et s'exprimait avec une justesse et une facilité très grandes ». Et plus loin : « Chez les enfants peu intelligents, les mots précèdent les idées, les remplacent souvent ; ils les retiennent comme sons et associations de sons, moins que comme représentations d'idées personnelles. Les intelligents, lents à parler, ont une foule d'idées qui leur sont venues, non par le canal des mots, mais par le moyen d'observations et d'expériences directes ».

Observation G — *Retard généralisé et électif, à forme d'insuffisance sensorielle. Guérison.*

LUCIEN T..., est un enfant de 4 ans qui nous a procuré le rare exemple d'un retard sensoriel guéri.

La première fois qu'il fut amené en consultation, à 15 mois, il ne parlait ni ne marchait pas ; on apprit que sa première dent était apparue tard ; pas de convulsions signalées. Une double remarque de la personne qui l'accompagne attire l'attention sur deux troubles particulièrement pittoresques : l'enfant ne distinguait rien par le goût, et sa sensi-

bilité générale paraissait nulle. Il se heurtait, se blessait même superficiellement, aux objets qui l'entouraient, sans en manifester aucun malaise ; ce qu'il mangeait lui était agréable ou lui déplaisait selon l'apparence et la couleur, mais on pouvait aussi bien ajouter à son lait de la craie que du sucre sans qu'il en marquât la répugnance.

Les antécédents héréditaires sont graves. Le père, syphilitique avéré, chez qui la réaction de Wassermann fut trouvée positive, a contagionné sa femme un mois après le mariage. La mère est une paranoïaque interprétante, qui fait un léger délire de persécution à deux avec sa mère : « il faut se méfier des voisins qui préparent des choses étranges... Les deux fils utilisent à cela leurs connaissances de chimie... Il y a autour de l'appartement un réseau électrique... C'est bien surprenant, car ce sont des gens très bien... etc. ». On reconnaît là quasi schématiques les propos de la psychose interprétative.

Le petit Lucien fut revu médicalement deux fois. A vingt-huit mois, il y avait un progrès assez sensible dans son état : la parole était médiocre mais bien adaptée aux idées, la marche devenue suffisante et assurée ; il restait quelques signes infantiles encore : extension bilatérale des orteils, conservation des attitudes, énu série constante ; aucun changement n'apparaissait au point de vue sensoriel.

Enfin tout récemment, à trois ans et demi, il marchait parfaitement et parlait tout à fait correctement. Sa personnalité s'est affirmée ; il emploie le

pronom *je*. Les troubles du goût et de la sensibilité ont disparu : l'enfant est devenu même assez douillet, craint de se faire du mal, et sait fort bien reconnaître et apprécier la saveur sucrée des aliments.

Cette observation nous paraît établir très nettement d'une part l'influence renforcée d'une infection et de l'hérédité névropathique associées, dans le cas présent syphilis du père et psychopathie maternelle à tendances paranoïaques ; d'autre part la guérison certaine d'une déficience sensorielle que l'évolution a démontré n'être pas une débilité congénitale, mais un retard électif des fonctions du goût et de la sensibilité cutanée.

Observation H. — *Retard simple. Bonne période de 5 à 15 ans. Affaiblissement démentiel ensuite*

M. le docteur André Collin a bien voulu nous communiquer le résumé d'une observation qu'il a pu suivre pendant assez longtemps pour en raccorder les différentes étapes d'évolution.

RAYMOND V., jeune ébéniste de 16 ans, issu d'un père psychopathe, obsédé et buveur, d'une mère anciennement soignée pour une pleurésie de la base droite, est né à terme ; bonne grossesse et accouchement normal ; première dent à 1 an, premiers pas à 2 ans et demi ; n'a dit les premiers mots couramment qu'à 4 ans ; a uriné au lit jusqu'à 8 ans ; pas de convulsions. Ce retard moteur et psychique des gran-

des fonctions est allé s'améliorant progressivement, jusqu'à rendre l'enfant de la force du certificat d'études, qu'il ne passa pas cependant, et lui permettre d'apprendre le métier d'ébéniste.

Puis, pendant qu'il était apprenti, de 13 à 15 ans, il devint apathique, inattentif, indifférent. Il musarde, il n'arrive plus à l'heure voulue à l'atelier... Deux mois de repos le laissèrent dans le même état. On crut alors qu'il bénéficierait d'un changement de milieu et de la campagne ; il y passa six mois. Ses manières, ses discours et ses réactions dénotèrent que l'affaiblissement global s'accroissait. Et maintenant il est chez des parents, au repos, et on doit le surveiller constamment « comme un bébé ».

Cette brève et démonstrative observation nous fait penser qu'après un premier acte où la cellule nerveuse, légèrement touchée (névropathie du père, bacillose maternelle), a fait effort pour vaincre le retard des fonctions neuro psychiques, survint une période d'épuisement des centres nerveux, dont l'intoxication à la base était plus profonde qu'on ne supposait et que l'amélioration constatée ne permettait de le craindre. Le Retard simple n'a pas été guéri : il était la manifestation d'une atteinte profonde de la cellule qui, après un ressaisissement passager, n'a pu continuer sa course.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC

De nombreuses observations auraient pu être substituées aux quelques cas de choix par lesquels nous avons préféré esquisser les principaux types cliniques qui nous permettent d'affirmer, comme une entité nosologique, le Retard simple des fonctions nerveuses et mentales chez l'enfant. Ce retard mérite maintenant d'être bien étudié dans son évolution qui vaut surtout d'être connue ; car par elle s'établit le pronostic que nous sommes appelés à faire entrevoir avant tout, aux parents, pronostic précoce dès avant ou peu après 2 ans et demi, et pronostic à longue échéance pour l'âge mûr.

■
* *

AVANT DEUX ANS ET DEMI

Nous savons que le diagnostic différentiel du Retard simple est à faire le plus souvent, dès les premières années, avec l'idiotie, et en général toutes les

formes plus ou moins accentuées d'agénésie ou d'insuffisance congénitale profonde, car le pronostic en dépend. Il y a là une recherche des moindres signes d'évolution des fonctions, parfois assez difficile à faire chez un enfant de dix-huit mois à 2 ans, ne présentant aucune malformation grossière et chez qui les lenteurs d'éveil intellectuel ou d'établissement de la marche sont de nature à faire craindre une arriération psychique définitive.

La note essentielle et dominante d'une idiotie ou d'une arriération probable, dès cet âge-là, est la stagnation des fonctions qui ne progressent pas, le tableau clinique restant plus ou moins celui de l'instabilité motrice, de l'absence d'intérêt et d'affectivité vis-à-vis des personnes et des objets, de la passivité et du manque de but logiquement entrevu dans les actions et les gestes. Le pronostic est sombre lorsqu'on ne peut distinguer, dans ce chaos des agitations et de l'indifférence du jeune enfant, aucun progrès moteur et psychique. La constatation d'une amélioration même légère serait d'un bon pronostic. L'enfant manifeste-t-il, par des cris intentionnels, et non par le cri bref et monotone de l'idiot, quelque répugnance à être changé de mains ou de berceau ? Témoigne-t-il sa joie de reconnaître les visages des personnes de son entourage ? Prouve-t-il son intérêt pour ce qui existe en orientant son attention vers un objet en mouvement, vers une lumière ou vers un son ? Dans tous ces cas, l'arriération profonde n'est point probable ; et s'il persiste des signes infantiles

d'insuffisance des fonctions, ce sont des signes de Retard simple qui nous permettent de bien augurer de l'avenir. Le pronostic, dès le très jeune âge, dans les trente premiers mois, peut donc être affirmé comme bon, même si l'enfant ne possède, par exemple, qu'un nombre infime de mots en son vocabulaire usuel, car en ce cas il enrichira son langage, avec l'éveil progressif de son intelligence, et le Retard simple disparaîtra.

Tel autre enfant accuse, au contraire, une indifférence profonde pour le milieu, personnes et choses, dans lequel il vit ; son attention ne se fixe sur rien ; son instabilité motrice est extrême : il oscille sa tête ou son tronc sans arrêt, ou bien il saisit des objets, et, sans les regarder, sans songer à s'en amuser aucunement, il les jette à terre, répétant ce geste avec une monotonie désespérante. Là nous avons à faire à un idiot ; et, même si dès un an et demi il disait quelques mots, même s'il a fait gauchement quelques pas de bonne heure, ses progrès utiles seront nuls et le pronostic est très mauvais.

En résumé, avant 2 ans et demi, l'évolution et le pronostic, basés sur des nuances parfois assez délicates à percevoir, supposent un examen neuro psychiatrique suffisant pour établir si véritablement l'enfant donne des preuves d'intérêt, d'affectivité et d'action ordonnée, s'il prononce avec discernement les quelques mots dont il dispose, et s'il manifeste, par des mouvements, physiologiquement reconnais-

sables, de ses membres inférieurs, une prompte disposition à la marche.

*
* *

APRÈS DEUX ANS ET DEMI

A cet âge nouveau le pronostic devient plus facile, parce qu'il est bien rare qu'un enfant, s'il n'est pas gravement atteint organiquement, n'ait pas encore manifesté de façon évidente, les progrès de son intelligence, de sa parole et de sa marche. Même très accusé, le Retard simple n'arrive pas à maintenir obscurément cachée toute amélioration possible au delà de 2 ans. De plus, l'étude du démembrement, plus ou moins précoce et plus ou moins complet, du syndrome infantile neuro-musculaire, est précieuse ici pour le pronostic, et c'est à quoi nous devons nous arrêter principalement.

Supposons le cas d'un enfant qui à deux ans et demi ne parle et ne marche qu'à peine, et dont les signes neurologiques infantiles : surréflexivité tendineuse, phénomène de l'extension des orteils, conservation des attitudes, ont disparu ou presque. On est en droit de considérer là l'évolution du système nerveux comme arrêtée et fixée dans son type de l'âge adulte ; et la conséquence en sera une pauvreté définitive et sans remède des fonctions motrices et des facultés intellectuelles. Le sombre pronostic de l'arriération s'impose.

L'examen neurologique révèle-t-il au contraire

l'inachèvement d'un système nerveux qui a conservé, au moins partiellement, sa physiologie infantile? Dans ce cas, si la preuve n'est point faite d'une lésion liée à quelque profonde atteinte encéphalique ou spinale, on peut espérer que l'achèvement des centres nerveux se fera, entraînant l'établissement normal des fonctions, après une période de retard simple qui ne saurait plus durer longtemps. Ainsi que nous avons entendu souvent le docteur André Collin le dire en une formule imagée : « la robe est trop courte pour la croissance générale de l'enfant, mais il y a encore de l'étoffe dans l'ourlet, elle pourra s'allonger ». Le cas est donc bien différent, quant au pronostic, du premier dans lequel le vêtement, pour en revenir à notre comparaison, « fini et coupé ras va mal, irrémédiablement ».

Nous ne saurions trop nous méfier, au point de vue de l'évolution de la fonction du langage, d'un certain parler brillant qui n'est que du psittacisme et de l'écholalie chez quelques arriérés, en opposition avec la démutisation physiologique retardée de quelques enfants intelligents. Il ne s'agit pas ici d'une écholalie rudimentaire, au degré le plus pauvre, chez un enfant qui répète avec monotonie les sons et les mots, sans construire de phrases : c'est l'aphasie psittacisante de l'idiot. Mais il existe chez certains débiles une autre forme de psittacisme, celle des enfants dont le langage, riche en mots et en phrases, ne correspond à aucune pensée personnelle et logique. De cette évolution défectueuse de

la parole chez des arriérés, on doit séparer avec soin l'évolution lente et retardée, à pronostic bénin, du langage des entendants-muets, qui traversent aussi une période écholalique pour les mots et les bribes de phrases mal compris, mais qui évoluent normalement vers la disparition du retard fonctionnel électif dont ils ont souffert.

*
* *

DISPARITION DU RETARD SIMPLE

L'avenir prochain des enfants atteints de retard simple des fonctions neuropsychiques semble bien assuré, du fait que ce retard tend à disparaître dans la règle avant 7, 10, 15 ans au plus. Mais comment disparaît-il, et quelles traces morbides peut-il laisser après lui dans un avenir plus éloigné ? Voilà ce qui reste un point très important à connaître pour le pronostic lointain, s'il est vrai que le retard simple peut s'effacer par une guérison totale, ou faire place à des anomalies persistantes de l'ordre de la débilité intellectuelle et motrice et de l'hystérie, ou enfin préparer la voie, dans quelques rares cas du moins, à une forme particulière d'affaiblissement démentiel précoce.

*
* *

Disparition par guérison complète

Nous savons déjà que, par définition même, le Retard simple est une anomalie de l'établissement des fonctions nerveuses et mentales, dans le temps, dont la tendance ordinaire est de guérir quand les circonstances ne sont point défavorables. Un enfant simplement retardé peut, vers quatre ans, cinq ans ou plus tard, devenir l'égal de ses camarades du même âge, par sa motricité comme par son développement intellectuel. Cette marche progressive vers la disparition d'un retard des fonctions débutantes est comparable à celle de ces nourrissons qui, au point de vue de la croissance organique, partis d'un poids inférieur à la moyenne à cause de leur naissance prématurée, décrivent, grâce à une bonne hygiène, une courbe de poids assez activement ascendante pour faire un jour oublier les 2 kilos, et quelquefois moins, qu'ils pesaient en venant au monde.

Plus de la moitié, peut-on dire, des retards simples suivent cette heureuse évolution vers une guérison parfaite ; et, pour autant qu'on puisse préciser par des chiffres, de bonnes observations d'enfants retardés ont permis d'apprécier à 60 % environ le nombre de ces enfants dont le retard disparaît sans laisser de traces saisissables après lui.

Le retard disparu, il reste d'autres troubles

a) *Troubles d'insuffisance intellectuelle et morale.*

Tous ceux qui ont observé cliniquement les arriérés scolaires (1) et les débiles d'asile ont été frappés des retards survenus habituellement dans l'établissement de leurs fonctions neuropsychiques. Inversement, il n'est pas surprenant que notre Retard simple, qui de par son étiologie porte très atténué un caractère de parenté commun à toutes les arriérations, entraîne à sa suite, quand il ne guérit pas complètement, des troubles qui rappellent ceux de la débilité congénitale.

Ces troubles d'insuffisance durable des fonctions mentales portent principalement sur l'esprit et sur la valeur morale du sujet. Nous avons vu de simples retardés demeurer des inattentifs et des fatigables intellectuels, apathiques, lents à comprendre, « bailant aux corneilles » pendant les classes, disaient leurs maîtres. D'autres, qui n'étaient pas inintelligents, sont devenus des esprits faux, tenant des raisonnements bizarres, comme ce jeune cordonnier de 18 ans, André D., dont nous avons su qu'il avait eu sa première dent à 18 mois, marché tard, parlé vers 3 ou 4 ans, et qui, devenu ouvrier suffisamment intelligent, faisait des achats inconsidérés, parlait politique, et exposait des recettes simplistes pour résoudre toutes les questions sociales : il était

(1) Voir les nombreuses et très complètes observations de la thèse de G. HEUYER, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*, p. 170-301.

poète à ses heures, et voulait faire de la comédie. D'autres enfin restent des puérils imaginatifs, inventeurs de choses déjà connues, et découvrant avec surprise l'évident.

A côté des manifestations d'insuffisance intellectuelle qui peuvent succéder au retard simple, il convient de signaler certains troubles d'insuffisance morale, tels que vols occasionnels, inaffectivité familiale, égoïsme. Ce sont là perversions par fléchissement de la moralité, au sens très large où notre maître Dupré engloba toutes les *perversions instinctives* dans son rapport de 1912 à Tunis, perversions par lâcheté, pourrait-on dire encore, et très différentes des réactions actives du *pervers*, type psychologique, dont le mobile nécessaire et suffisant d'action est de nuire. Nous avons noté souvent chez l'enfant pervers-type l'usage, comme arme d'attaque et de défense, de ses matières fécales déposées à l'endroit et à la minute où il sait qu'on en aura le plus de désagrément. Or, chez ce pervers, dont les réactions tiennent plus à son caractère qu'à sa faiblesse psychique, on ne trouve jamais les signes du Retard simple. Chez d'autres enfants ou adolescents, au contraire, à tendances perverses, menteurs pour s'excuser, indéliçats, profiteurs de toute sorte, etc., il se rencontre assez souvent, à l'origine de leur insuffisance morale légère, un retard des fonctions psychiques. Le premier porte sa fixité psychologique dans la perversion comme une couleur indélébile de sa cellule nerveuse ; chez les seconds c'est la trame

même qui a souffert, au delà du Retard simple, d'une atteinte légère mais durable, de quelque toxi-infection des débuts.

b) *Troubles d'insuffisance motrice*

Nous serons très brefs sur ces troubles liés à un retard des premières fonctions, parce qu'ils ressemblent le plus souvent à un syndrome fruste de débilité motrice de Dupré. De même retrouvons-nous habituellement les signes infantiles du Retard dans l'enfance des vrais débiles moteurs.

Après ces symptômes à forme de débilité, nous avons noté, comme signes fréquents de l'insuffisance qui persiste, les tics. Ceux-ci marquent, dans la majorité des cas, par leur désespérante durée, l'atteinte devenue chronique, après un Retard simple mal dissipé, du pouvoir d'inhibition motrice des centres nerveux. Cette insuffisance de la motricité s'exaspère par la fatigue ; elle se manifeste aussi bien par une boiterie accrue, à la suite d'une longue marche, que par une accentuation paroxystique de certains tics à l'occasion d'une forte fatigue intellectuelle ou de la lassitude physiologique de la menstruation.

c) *Accidents hystérisiformes*

On a remarqué, depuis que l'on étudie attentivement le syndrome infantile psycho-neuro-musculaire, que les hystériques ont dans leur enfance une

dysharmonie de développement avec précocité ou avec retard de leurs fonctions neuro-psychiques. Il serait intéressant de savoir, à l'inverse, combien de fois le Retard simple, disparaissant mal, cède la place à un état spécial d'infantilisme psychique et nerveux qui favorise l'éclosion d'accidents hystériques.

C'est le plus souvent lorsque le Retard simple a porté sur une fonction motrice, avec suggestibilité corporelle exagérée et très longue durée de la conservation des attitudes, que l'enfant ou le jeune sujet est enclin à réaliser les phénomènes cataleptiques propres à l'hystérie. La mythoplasticité de notre maître Dupré prolonge naturellement l'état physiologique infantile, à la suite du Retard simple, autant et de même qu'elle favorise la longue série des accidents pithiatiques dans cet infantilisme psychique qu'est l'hystérie.

Nous avons rencontré proportionnellement 5 % environ de cas où ces troubles hystériques, d'ordre surtout moteur, paraissaient succéder au retard de l'établissement des fonctions nerveuses.

d) Affaiblissement psychique des adolescents

On a vu que certains retards simples de l'enfance peuvent, par une évolution fâcheuse, dépasser même les troubles légers d'apathie, d'indifférence et d'inaffectivité que nous avons signalés comme guérison imparfaite, et aboutir à un affaiblissement

global de l'adolescence. L'observation Raymond V., rapportée plus haut, est à ce point de vue typique. Nous connaissons, depuis la thèse de M. Mallet sur *la démence neuro-épithéliale*, les cas où seules les cellules nerveuses et la névroglie paraissent touchées sans réactions vasculo-conjonctives. Il semble que cette atteinte profonde de la cellule soit comme un troisième stade d'évolution, dans les cas les plus graves où le premier stade du Retard simple a disparu en laissant un deuxième, tout à fait bref, qui a vite évolué en troubles démentiels. La cellule nerveuse, insuffisante et fragile, brûlant en quelque sorte ses étapes, se détruit dans ces cas-là précocement

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

Pourquoi certains enfants présentent-ils, en dehors de toute dystrophie évidente et sans troubles apparents de leurs glandes à sécrétion interne, un Retard simple de leurs fonctions nerveuses et mentales ? Ce problème est vaste, et demeure encore assez obscur en plus d'un point, car les causes en sont multiples et touchent à la fois aux formes variées de l'hérédité morbide, le plus souvent toxi-infectieuse, aux divers traumatismes de la période qui précède ou suit de près la naissance, et aux maladies générales de la petite enfance.

Parmi les jeunes sujets qui nous intéressent ici, les uns tiennent de leurs parents — ce sont les moins nombreux — une infortune neuropsychique toute faite, signature légère d'une usure mentale à sa première étape familiale ; d'autres, dans la majorité des cas, ont localisé sur leur axe cérébro-spinal les effets d'une infection ou d'une intoxication, la maladie étant venue s'interposer entre parents et enfants et

modifier chez ceux-ci les caractères légués par l'hérédité ; d'autres enfin ont souffert dans l'établissement de leurs fonctions nerveuses des accidents possibles de la grossesse, de l'accouchement, des premiers jours de la vie, ou encore de quelque maladie survenue précocement dans les premières semaines ou les tout premiers mois de leur existence.

*
* *

HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE

Il est inutile d'insister longuement sur le caractère bien connu et la fréquence d'une certaine hérédité nerveuse similaire qui nous fait souvent rencontrer dans nos observations de psychopathes des tiqueurs enfants de tiqueurs, des obsédés fils d'obsédés, des victimes de l'impulsion au suicide reproduisant le geste paternel au même âge, dans le même lieu et de la même manière (lois d'homochronie, homotopie, homopraxie).

Avec une moins complète ressemblance, l'hérédité névropathique peut léguer du *tout fait*, et être encore appelée similaire, toutes les fois qu'un système nerveux, amoindri dans sa qualité plutôt que par un appauvrissement quantitatif de son architecture corticale dû à des lésions même infimes, transmet aux descendants semblable amoindrissement, sans cause morbide venant s'interposer pour multiplier les tares parentales. C'est ce que, dans son livre de *la Famille névropathique*, Charles Féré a

minutieusement étudié en des observations nombreuses, où apparaissent les étapes préparatoires et les transformations de cette hérédité similaire. Le système nerveux est éminemment apte à léguer ainsi le semblable, parce que, comme l'écrivait Déjerine, « des différents systèmes de l'économie, il est incontestablement celui qui porte le plus la marque de l'influence prépondérante de l'hérédité ». Et l'embryogénie nous en fournit l'explication, selon cette phrase souvent citée : « Le système nerveux central, premier dérivé de l'ectoderme, emporte avec lui les qualités qu'avait ce système chez les générateurs et d'une manière plus prononcée que les systèmes qui naissent plus tard » (1).

Le Retard simple, dans certains cas du moins, n'échappe pas à cette hérédité morbide similaire. Nous avons vu souvent des parents psychopathes, « nerveux » selon l'expression courante, transmettre une anomalie nerveuse et mentale, renforcée ou non par une toxi-infection chez le conjoint, et se traduisant chez l'enfant par du simple retard des fonctions neuro psychiques. Dans nos observations, c'était ici le caractère irritable et coléreux du père (obs. A et C.), là son humeur taciturne et sombre (obs. D). Cette hérédité névropathique, agissant sur l'établissement des fonctions de l'enfant par un Retard simple, représente dans sa forme légère et à ses débuts la psycho névrose familiale d'usure, dont nous voyons

(1) Dechambre, *Dictionnaire*, art. Fécondation.

la forme rapide et complète dans la maladie de Tay et Sachs.

*
**

TUBERCULOSE

Des nombreuses causes d'hérédité toxi-infectieuse pouvant amener un Retard simple des fonctions nerveuses chez l'enfant, il en est une à signaler en toute première place : c'est l'hérédité bacillaire. On peut légitimement affirmer que dans les trois quarts ou presque des observations d'enfants retardés l'hérédotuberculose est en jeu.

Anciennement déjà Lasègue, puis M. Apert dans son livre *Les enfants retardataires*, ont noté les gros troubles de développement et l'infantilisme généralisé, somatique et intellectuel, des enfants de tuberculeux. On sait avec quelle insistance notre maître le Professeur Landouzy s'attachait, et entraînait ses élèves, à soupçonner la tuberculose en clinique, là même où elle n'apparaissait pas de toute évidence, principalement chez des sujets de petite taille, aux formes graciles et atteints de chétivisme. L'expérimentation faite sur des cobayes a fourni une preuve éclatante du retard de croissance des rejetons hérédobacillaires. Et, sur ce sujet, Landouzy et Lœderich concluaient, en 1911, leurs recherches en signalant « dans la lignée disqualifiée de certains phtisiques, l'abâtardissement de l'individu », et en accusant la tuberculose d'être « une des trois formes destructi-

ves de l'individu, autant que de l'espèce ». Ajoutons encore que M. le Professeur Marfan a dénoncé, avec l'autorité qu'il possède en la matière, l'influence habituelle d'une infection ou d'une intoxication à l'origine des retards de développement du rachitisme, et plus particulièrement le fait qu'un des parents au moins est le plus souvent tuberculeux (1).

Dans le Retard simple des fonctions, qui nous intéresse le plus ici, c'est la tuberculose qui, dans la majorité des cas, agit sur le produit de la conception, en troublant les humeurs, dans lesquelles se développent l'embryon et le fœtus, par les produits toxiques et antitoxiques nuisant au développement harmonieux du jeune être. Cette influence funeste apparaissait déjà dans l'expérience de Féréqui obtenait des monstres en soumettant les œufs aux vapeurs d'alcool. Mais c'est principalement sur le système nerveux que l'influence se porte. « Tout permet de supposer, a dit M. le Professeur Richet, que les toxigénines diffusent dans tout l'organisme, encore qu'elles semblent se localiser plus spécialement dans le cerveau et le sérum ». Et nous trouvons un exemple pittoresque de l'influence néfaste sur les fonctions elles-mêmes dans cette observation de Landouzy d'un jeune cobaye hérédo-tuberculeux qui, à sa naissance ne marchait pas encore, ce qui pour lui était un retard simple ; *au bout de quelques jours*

(1) MARFAN. — *Rachitisme et tuberculose*. Presse médicale du 23 février 1910.

ces troubles s'amendèrent et l'animal marcha normalement.

L'hérédité tuberculeuse de la mère est multipliée par la gestation, seconde hérédité morbide lorsque l'enfant se développe en milieu toxique. L'hérédité paternelle s'accuse, dans les cas d'infection du géniteur mâle, par la vigueur moindre du spermatozoïde en cas de sénilité, de maladie ou d'ivresse au moment de la conception.

En résumé, pour la tuberculose comme pour la syphilis dont nous allons parler, la spécificité perd ses attributs et caractères, et ne se manifeste plus que par des troubles du développement. Quand l'atteinte est légère, les enfants peuvent n'avoir qu'un Retard simple de leurs fonctions qui dans la règle se dissipe rapidement.

*
* *

SYPHILIS

On a noté très justement que « l'hérédo-syphilis est capricieuse dans ses effets et dans ses formes. Depuis le fœtus macéré jusqu'à l'enfant en apparence indemne et réellement indemne, toutes les formes de transition peuvent s'observer » (André Collin). Assurément, sans être de ceux qui de nos jours aiment à voir en elle l'infection à *tout faire*, nous devons reconnaître la multiplicité des actions morbides de la syphilis et particulièrement son rôle dans les retards de développement des enfants. La phrase de Fourrier reste vraie : « Chez les sujets hérédo-syphiliti-

ques, tous les actes d'évolution organique et de croissance semblent ne s'accomplir que lentement et difficilement, en restant même souvent incomplets ».

Selon l'époque et l'intensité de l'infection, la syphilis a une action ou globalement dystrophiante et appauvrissante, ou simplement retardante. Nous avons tous connu de ces enfants qui, ayant marché tard, parlé tard, fait leurs premières dents tardivement, grandi avec lenteur, conservent l'infantilisme du *retardataire* de M. Apert, et sont considérés à l'école comme des arriérés. Mais il arrive aussi que seule l'évolution des fonctions nerveuses semble avoir été intéressée, les stigmates d'hérédo-syphilis étant peu marqués ou de valeur contestable.

A ce propos, signalons l'importance d'un renseignement qu'il n'est malheureusement pas toujours facile d'obtenir avec exactitude, celui du poids du délivre à la fin de l'accouchement. Par contre, au sujet de la dent d'Hutchinson, Galippe s'est élevé contre son caractère spécifique, et n'a voulu y voir qu'un des nombreux stigmates de la dégénérescence. Il a émis de nouveau la même opinion, dans sa communication du 6 novembre 1917, à l'Académie de Médecine, au sujet d'un prétendu stigmate de l'hérédo-syphilis : le tubercule supplémentaire.

Quoi qu'il en soit, la syphilis, qui aime à frapper à l'emporte pièce (rupture vasculaire, gomme cérébrale, méningite en placard), a un rôle dystrophique bien démontré par tous les auteurs ; et,

lorsque la maladie des géniteurs a perdu sa spécificité, il n'en reste pas moins que l'élan vital des cellules conjuguées est atteint et amoindri, et qu'à côté des cas cliniques répondant à des lésions cortico-spinales décrites, il existe des cas où seuls la lenteur de développement et le chétivisme permettent de penser à la nature de l'infection causale. Dans les plus bénins de ces cas, l'enfant peut ne manifester qu'un Retard simple de ses fonctions nerveuses et mentales, qui va s'atténuant avec l'âge.

*
* *

ALCOOLISME ET AUTRES INTOXICATIONS

Les retards de développement des enfants paraissent dus, dans de nombreux cas, aux habitudes d'intempérance des parents ou à l'action combinée de l'alcoolisme chronique et de la syphilis. On sait, depuis Magnus Huss, que l'hérédité éthylique peut se traduire par une faiblesse congénitale et de l'infantilisme. L'affaiblissement progressif de la lignée des alcooliques aboutit à sa disparition (Legrain). Que d'observations ont mis en évidence le rôle, même épisodique, de l'alcool (ivresse du père au moment de la conception, intempérance de la mère pendant la grossesse) dans les idioties et les imbécillités. Le médecin devra donc mener son enquête avec soin pour dépister l'alcoolisme souvent inavoué du père, voire celui de la mère. Les signes cliniques de cette intoxication sont trop connus pour que nous ayons à

les rappeler ici. On saura, dans les cas douteux et quand l'aveu n'est pas obtenu aisément, s'informer des troubles de l'humeur, de la jalousie conjugale morbide, des désordres de l'appareil digestif et du sommeil, avec cauchemars professionnels et zoopsie, et l'on tiendra compte, chez la femme, de la valeur étiologique d'une polynévrite des membres inférieurs.

L'alcool peut léser tous les organes. Mais il faut surtout reconnaître ici que des cellules aussi hautement différenciées que celles des centres nerveux sont plus vivement imprégnées par le toxique et en subissent les pires ravages. C'est par une déshydratation principalement que l'alcool paralyse et détruit l'activité des cellules de l'organisme ; or, cette déshydratation a une influence plus précoce et plus désastreuse sur le système nerveux, tissu vivant précocement formé. Ainsi s'expliquent les atteintes variées de ce système, depuis les agénésies profondes de l'idiotie jusqu'au Retard simple des fonctions neuropsychiques. La même pensée est très exactement exprimée par M. Apert dans son livre récent, *L'Hérédité morbide* : « Très souvent, les enfants d'alcooliques sont en retard au point de vue intellectuel ; on peut noter chez eux tous les intermédiaires entre le simple retard qui est rattrapé ultérieurement et le complet défaut de développement intellectuel, l'idiotie profonde » (p. 77). Cette citation est la seule que nous ayons rencontrée établissant aussi nettement l'opposition entre notre Retard simple et la débilité

mentale, soumis l'un comme l'autre étiologiquement à l'influence nocive de l'alcool.

Moins souvent observées que l'alcoolisme, d'autres intoxications peuvent avoir les mêmes effets sur l'établissement des fonctions de l'enfant. L'influence du saturnisme, signalée par Roques (*Th. Paris*, 1873) et par Bourneville (*Progrès Médical*, 1901), est assez difficile à isoler de l'intoxication alcoolique qui trop souvent l'accompagne ; de plus elle tend à disparaître avec les progrès de l'hygiène et l'application de la loi du 20 juillet 1909 qui interdit l'emploi de la céruse à partir de 1915. Quant à la morphinomanie, l'éthéromanie, la cocaïnomanie, elles semblent bien capables aussi de créer toutes les anomalies et tous les retards possibles de développement. Nous n'en voulons pour preuve que cette observation, rapportée par M. le Professeur Marfan, d'un homme qui, s'étant mis à priser plus de 3 grammes de chlorhydrate de cocaïne par jour, eut une première fille bien portante, née avant l'intoxication, une seconde intelligente mais chétive, un troisième et un quatrième enfants complètement idiots. (*Revue des maladies de l'enfance*, 1901, p. 410). Il y aurait encore à signaler toutes les intoxications endogènes, l'influence du diabète, l'influence très considérable à coup sûr de l'albuminurie, et jusqu'à ces troubles physiologiques, causés par la misère des parents, dont Féré a dénoncé les effets désastreux d'insuffisance et de retard chez les « enfants du siècle ». A vrai dire, toutes ces infections et

intoxications agissent de même et produisent les mêmes résultats, dont l'un précisément peut être notre retard simple d'établissement des fonctions nerveuses et psychiques.

En somme, toutes les causes toxiques d'amoindrissement de la vitalité peuvent produire leurs effets funestes, depuis l'agénésie corticale jusqu'au Retard simple, terme le plus bénin des toxi-infections atténuées. Par quel mécanisme ? Le plus souvent, sans doute, par action directe du poison sur les centres nerveux ; c'est la règle. D'autres fois, par action indirecte, le foie, le corps thyroïde, les glandes génitales, étant fonctionnellement insuffisants et n'apportant pas au système nerveux qui se développe, les matériaux qui lui sont nécessaires. Comme exemple, citons le cas d'un retard simple vu chez un enfant qui depuis sa naissance était atteint de troubles hépatiques multiples ; la marche et la parole ne parurent être définitivement acquises que vers 4 ans, après un an de traitement spécial de son subictère, de son incontinence d'urine hépato-digestive et de toute la gamme de ses troubles fonctionnels hépatiques.

*
* *

TRAUMATISMES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Il ne semble pas, et c'est là une opinion confirmée par la remarquable thèse de Mme Long-Landry, que certains troubles nerveux comme ceux de la

maladie de Little aient pour cause principale la naissance prématurée. Cependant nous devons bien admettre que cette dernière est capable de troubler assez profondément l'hématose et la nutrition d'un très jeune organisme pour mettre son système nerveux, plus fragile que tout autre appareil, en état d'insuffisance ou de retard. Deux processus peuvent être signalés : ou bien nous constatons à l'origine et dans les antécédents mêmes du sujet une infection, cause première de la naissance prématurée, ou bien celle-ci paraît avoir agi seule. Dans le premier cas, un prématuré hérédosyphilitique ou hérédobacillaire porte sur son système nerveux le poids d'une double cause d'insuffisance congénitale ; dans le second, dont le pronostic est meilleur, la prématuration semble avoir été l'unique cause d'un retard de développement qui se compense assez vite, dans la mesure d'un an environ pour un mois de prématuration.

A côté de la naissance prématurée, nous devons faire une place à la gémellité comme facteur de retard des fonctions nerveuses et psychiques, soit que l'on considère avec M. Bar cette anomalie dans l'espèce humaine comme un léger signe de dégénérescence, soit qu'il n'y ait là qu'un pur accident de la fécondation agissant plus tard sur le développement nerveux retardé par insuffisance de la nutrition cellulaire.

Enfin les traumatismes de la naissance, qui peuvent être rattachés à l'excessive durée de l'accouche-

ment, aux manœuvres obstétricales, aux applications de forceps, aux circulaires du cordon, aux hémorragies précoces, ne sont pas sans agir lourdement sur l'évolution neuropsychique de l'enfant, et peuvent dans certains cas atteindre en sa fragilité même le tissu nerveux au point de causer un retard simple des fonctions. « Les accoucheurs considèrent comme sauvés, dit très justement le docteur André Collin, les enfants pour lesquels il a fallu faire des manœuvres respiratoires pendant une heure et plus, lorsque la respiration a été enfin rétablie. Ils sont sauvés, c'est exact, mais nous avons vu de ces enfants être très en retard pour leur marche et pour leur parole ; cette longue asphyxie de la naissance a été la seule cause que nous ayions pu relever ». Nous avons rencontré un enfant atteint d'un retard considérable de développement, qui avait eu trois jours après sa naissance une hémorragie considérable à la suite d'une section du frein de la langue. Ce traumatisme ischémiant avait évidemment touché son système nerveux en période d'active évolution ; celle-ci s'en était trouvée fonctionnellement retardée, comme il peut arriver à la suite de toute cause accidentelle de troubles circulatoires encéphaliques.

*
* *

MALADIES GÉNÉRALES DU NOURRISSON

Nous devons signaler, en terminant, les maladies infectieuses de la première enfance, qui ont une in-

fluence considérable sur le développement neuro-psychique parce qu'elles touchent les centres nerveux à la période où ceux-ci ne sont pas encore protégés par la myélinisation. Voisin a montré que, en dehors des encéphalites franchement diagnostiquées, certaines atteintes infectieuses légères suffisent à expliquer le méningisme, les convulsions, etc. Pour ne citer que quelques-unes de ces maladies générales, rappelons combien la coqueluche précoce semble labourer durement le système nerveux du nourrisson, par ses toxines sans doute et aussi par les troubles circulatoires, causés par les quintes, et pouvant aller jusqu'à des crises épileptiques ; les toxines diphtériques présentent aussi une affinité particulière pour le système nerveux, dont elles semblent parcourir les voies, le long des nerfs (Babonneix), jusqu'à créer les paralysies diphtériques bien connues ; la rougeole et la scarlatine peuvent être signalées ; mais surtout la dyspepsie gastro-intestinale mérite une mention spéciale : les toxi-infections digestives du nourrisson, constituant une grande partie de la pathologie du jeune âge, ont une influence sur le système nerveux en pleine évolution, et dans les cas bénins suffisent à expliquer son infériorité fonctionnelle.

Il eût été possible d'allonger la liste des causes de second plan du Retard simple, de ces causes qui en agissant après la naissance sur des centres nerveux non finis font que l'enfant, ainsi que Lasègue le disait, « n'a hérité que de lui-même » son infortune

fonctionnelle. Mais, nous le répétons, c'est dans la majorité des cas à l'hérédité alcoolique, syphilitique et surtout tuberculeuse, des parents eux-mêmes que nos observations nous permettent de rattacher étiologiquement le retard des fonctions nerveuses et mentales de l'enfant.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Nous avons cherché à établir, sur les bases de l'observation clinique, qu'il existe un Retard simple des fonctions nerveuses et mentales de l'enfant, et que ce retard est caractérisé surtout par son mode bénin d'évolution, qui le distingue du groupe des arriérations mentales et motrices. Il importe d'en rechercher le processus pathogénique, susceptible de nous diriger ensuite dans le choix d'un traitement approprié.

Trois hypothèses possibles se présentent à l'esprit impliquées dans les questions suivantes :

Le système nerveux est-il atteint dans sa valeur propre et dans son potentiel vital ?

Ou les glandes endocrines, dont le rôle est apparu si considérable ces dernières années, sont-elles frappées principalement et agissent-elles à leur tour sur les fonctions neuropsychiques en les retardant ?

Ou enfin y a-t-il combinaison d'un double processus morbide, la cellule nerveuse étant touchée dans

son essence, personnellement, et les glandes à sécrétion interne collaborant, par leur atteinte et leur insuffisance, à l'établissement d'un retard fonctionnel ?

* *

On s'est beaucoup appliqué, dans les recherches de la pathologie moderne, depuis les travaux de Lorrain, de Lasègue et de Bourneville, à étudier l'influence des troubles endocriniens sur le développement somatique et psychique de l'enfant. MM. Claude et Gougerot, et notre maître M. Laignel-Lavastine, ont établi que le plus souvent plusieurs glandes agissent de concert dans la réalisation d'un syndrome psycho-nerveux, où l'on peut difficilement reconnaître l'influence propre de chacune d'elles. La thèse de Sourdel (*Les syndromes pluriglandulaires*) est venue, il y a dix ans, éclairer la question en précisant les formes cliniques habituelles de ces associations syndromiques.

Mais ce que Sourdel a tenu à souligner également, c'est que la lésion glandulaire souvent ne coïncide pas avec les symptômes cliniques. Des vues nouvelles, apportées, avec la notion elle-même des hormones, par Starling, par Hallion (1), par Markéloff, permettent de penser que les glandes closes agissent comme régulateurs des échanges minéraux auxquels la cellule nerveuse est particulièrement sensible. Il suffirait donc d'un hypo fonctionnement

(1) Cl. art. *Les Hormones*, Presse médicale, 18 mai 1942.

de ces glandes pour amener, même sans grosse lésion, un retard d'évolution du système nerveux et des facultés mentales, à la suite de quelque toxoinfection.

M. Audry (de Toulouse) a signalé récemment (1), au point de vue de la syphilis et des dystrophies, ce qu'il appelle les endocrinides syphilitiques, manifestations de syphilis indirecte ayant agi sur les glandes à sécrétion interne et aboutissant à des lésions *sursyphilitiques* d'infantilisme, d'idiotie, de rachitisme, etc.

Sans vouloir attribuer à la syphilis un rôle plus étendu qu'elle n'a, ni aux glandes closes une influence constante dans les retards fonctionnels du système nerveux, nous sommes prêts à reconnaître dans certains cas le rôle combiné possible d'une toxi-infection et du fonctionnement complexe de ces glandes. Cela apparaît vrai surtout pour les cas où l'opothérapie combat avec succès des troubles qui paraissent liés logiquement à une insuffisance mono ou polyglandulaire. Mais il reste à savoir si dans la majorité des cas le Retard simple ne dépend pas d'une atteinte directe de la valeur propre et de l'élan vital du système nerveux, indépendamment des perturbations endocriniennes.

*
* *

« L'évolution de la cellule nerveuse, dit Marinesco, est guidée par deux facteurs essentiels : d'une part,

(1) Cl. *Bruxelles-Médical*, 1^{er} décembre 1921.

l'hérédité, d'autre part la nutrition ». Cela revient à dire que cette cellule, avant même qu'elle puisse souffrir des modalités de ses échanges nutritifs, possède une qualité propre, héréditairement reçue, qui, dans les cas de retard simple dont nous parlons, apparaît comme une insuffisance de potentiel, un moindre élan vital, pour mener la vie nerveuse et psychique tout le long de sa course. Sourdel reconnaissait, au point de vue même des glandes qu'il étudiait, que « sans hérédité créant une moindre résistance il n'y a pas de syndrome pluri-glandulaire possible » ; cela trouve aisément son explication dans le fait embryologique que *le tissu nerveux est très tôt formé et antérieur aux glandes endocrines*.

La théorie de l'insuffisance primitive de la cellule paraît solidement appuyée sur ce que nous savons des retards électifs intéressant certains territoires nerveux. C'est ainsi, notamment, que dans la surdité verbale congénitale quelques aires corticales seules semblent frappées ; s'il s'agissait d'insuffisance hormonique, on concevrait mal l'électivité de cette insuffisance.

Comment la cellule nerveuse, mal protégée *ab ovo* et tant que dure le défaut de myélinisation, subit-elle l'atteinte toxi-infectieuse ? La remarquable thèse de M. Guy Laroche nous a fait connaître comment le système nerveux, tissu hautement différencié, se montre sensible à certaines toxines et résiste à d'autres poisons ; et nous lisons dans ses conclusions que « la fixation des poisons à effets physiologiques

différents, se fait sur telle ou telle partie de la cellule nerveuse (3), et sur des territoires nerveux différents (2) ». Cette variabilité dans le mode et dans les localisations de réaction du tissu nerveux nous explique suffisamment comment toutes les causes que nous avons énumérées au chapitre précédent peuvent faire subir à la cellule nerveuse les troubles les plus étendus, depuis les grosses lésions de l'idiotie jusqu'au Retard simple des fonctions chez l'enfant.

Nous devons, en grande partie aux expériences de Marinesco, de mieux comprendre comment le tissu nerveux peut être atteint prénatalement, et au cours d'assez longues années ensuite, par de multiples causes physiques et toxiques. L'évolution de ce tissu est très active et dure longtemps, puisque, d'après l'auteur, « il existe des différences entre les cellules de l'embryon de 8 à 9 mois et celles du nouveau-né », et d'autre part « chez l'homme, la cellule radiculaire augmente de volume dans toutes ses parties constitutives jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, tandis que les cellules géantes pyramidales n'arrivent au maximum de leur développement qu'un peu après 30 ans. » Lorsqu'un traumatisme toxi-infectieux ou physique s'exerce sur les centres nerveux, Marinesco pense que « le rôle frénateur de la cellule nerveuse étant troublé, celle-ci ne peut plus exercer son action sur le tissu névroglie qu'elle maintenait et que la multiplication de la névroglie n'est plus réglée ».

Quoi qu'il en soit de l'histopathologie de la cellule, nous devons admettre que dans les cas bénins, et au

minimum lésionnels, de notre Retard simple, la cellule nerveuse est atteinte dans les stades où elle est encore mal défendue par la myéline insuffisante ; mais c'est le plus souvent dans sa valeur propre et dans sa qualité fonctionnelle qu'elle est touchée, à la manière de certaines sénescences cellulaires bien connues en zootechnie dans les éléments reproducteurs. De vieux béliers transmettent à tout un troupeau leurs qualités amoindries ; et inversement le potentiel vital est si haut chez certaines bêtes qu'il existe des qualités de « raceurs » qui s'imposent quelles que soient les femelles auxquelles on les accouple. L'étude des graines végétales a montré de même que certains échantillons, vieillis ou mal conservés, sont aptes à pousser sans doute, et à vaincre les obstacles apportés à leur croissance, mais avec un tardif et mauvais rendement. Ces différences qualitatives sont bien connues dans le commerce où l'on vérifie avec soin, par des pesées et des examens successifs, ces aptitudes particulières des graines de semence.

En résumé, étant donnée la variabilité des causes, physiques, toxiques et infectieuses, vulnérantes pour le système nerveux au point de vue de ses fonctions, il y a place pour une pathogénie variable ; et, afin de n'être pas trop exclusifs, nous dirons que, si dans certains cas l'influence indirecte des glandes closes est à considérer dans le Retard simple, la cellule nerveuse dans la majorité des cas est touchée personnellement et directement dans sa valeur même et dans son élan vital, se montrant plus ou moins inférieure

à sa tâche d'établissement des grandes fonctions nerveuses et mentales.

*
**

Nous voudrions pouvoir dépasser le point de vue de la cellule nerveuse atteinte d'une insuffisance fonctionnelle, sans lésion connue; car, l'anatomie pathologique du Retard simple nous échappant, il est difficile de s'interdire quand même, puisqu'il s'agit de fonctions retardées, de *penser physiologiquement*.

Malheureusement tout est à faire encore, et de prochaines expériences viendront peut-être nous expliquer comment le cerveau humain, inexcitable jusqu'à 3 mois (date du premier regard volontaire et du premier rire), devient peu à peu perméable et abandonne ses résistances à la multicirculation de l'influx nerveux. Les insuffisances du dynamisme cérébral, qu'il s'agisse d'épilepsie, de troubles parkinsoniens ou de Retard simple des fonctions, apparaîtront peut-être un jour comme un pur jeu de *résistance* et d'*impermeabilité* des voies de conduction; nos aptitudes particulières ne seraient que des perméabilités corticales plus ou moins tôt et plus ou moins bien établies, et le mercure, dont nous dirons les effets thérapeutiques au chapitre suivant, agirait en favorisant la perméabilité cérébrale. Mais, répétons-le, toute la physiologie nerveuse est à reprendre, à ce point de vue, sur de nouveaux frais; et nous espérons que la pathogénie de notre Retard simple en sera un jour particulièrement éclairée.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Bien que nous ayons observé dans la majorité des cas et cru pouvoir affirmer la bénignité du pronostic dans le Retard simple des fonctions neuro-psychiques, il convient d'indiquer comme extrêmement utile, et tout à fait nécessaire parfois, une thérapeutique capable de stimuler efficacement la mise en train et le bon établissement de ces fonctions retardées. Plusieurs moyens de prophylaxie et de traitement s'offrent, selon les cas, au choix du pédiâtre et à l'attention des familles ; il peut même se faire, pour qu'un retard considérable s'arrange sans laisser après lui ces anomalies mentales ou motrices dont nous avons parlé, que toutes les ressources thérapeutiques doivent à la fois être mises en œuvre. Nous signalerons les meilleurs moyens hygiéniques, éducatifs et médicamenteux, qui nous semblent devoir être tentés.

HYGIÈNE DU RETARD SIMPLE

Un traitement hygiénique doit, pour être complet et exercer son action utile à tous les stades d'évolution du mal, être selon le moment tantôt préventif et tantôt guérisseur, en d'autres termes hygiénique avant et après l'affection reconnue.

I. — La prophylaxie d'abord, qui n'est, à vrai dire, qu'un chapitre d'introduction à l'hygiène infantile envisagée dans son ensemble, doit s'appliquer ici à toutes les causes mêmes, puis à la recherche et au diagnostic précoce, du Retard simple chez l'enfant.

1. Au chapitre de l'étiologie, nous avons signalé, comme causes principales de retard, les toxi-infections les plus courantes d'abord, celles que Landouzy appelait les trois maladies cardinales : la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme ; puis les accidents ou incidents de la grossesse et de l'accouchement ; enfin les maladies générales des deux premières années de la vie. Tout ce qui peut supprimer ou restreindre les conséquences funestes de ces diverses causes est un premier traitement, indirect et lointain, socialement important cependant, du retard d'évolution neuropsychique dans l'enfance. Lutte contre les méfaits de l'alcool, qu'une législation craintive est impuissante à enrayer, prophylaxie de la tuberculose et de la syphilis, mesures de protection pour les femmes en couches et les premiers jours du nouveau-né, soins à donner au nourrisson : voilà ce que l'hygiène sociale doit poursuivre inlassable-

ment, — *principiis obsta* — pour sauver notre société, où vivent un trop grand nombre de psycho névropathes, en sauvant d'abord du péril le premier développement fonctionnel de l'enfant. Le médecin ne devra pas oublier que, là comme ailleurs, et plus peut-être encore là qu'ailleurs à cause de l'éminente dignité de l'enfance, il a le rôle social, comme le disait encore notre maître Landouzy, de se faire *empêcheur avant que guérisseur* de maladies.

2. La prophylaxie continuera son rôle en recherchant et diagnostiquant précocement le Retard simple, par les moyens que nous avons étudiés. Dans cette recherche, il faut tenir compte des obstacles que signalait très justement notre ami Heuyer il y a quelques mois : « Il arrive que le médecin soit consulté de bonne heure par des familles vigilantes qui s'inquiètent d'un retard apparent du développement de leur enfant. C'est exceptionnel. Les parents méconnaissent généralement ce retard et son importance. Ils sont longtemps aveugles, et c'est toujours très tard qu'ils se décident spontanément à demander un avis médical sur le retard intellectuel et les troubles du caractère de leur enfant » (1). A la suite de ces constatations, nous croyons que s'impose l'organisation de consultations neuropsychiatriques, pour tous les enfants des écoles populaires, et pour la plupart de ceux des lycées et collèges qui composent les tristes « queues de classes »,

(1) G. HEUYER. — *Les troubles du caractère chez l'enfant*. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 février 1922.

où ne se rencontrent pas seulement des paresseux et des débiles mais souvent de simples retardés. Pour les cas nécessitant un examen mental plus approfondi, nous formulons le souhait que des maisons d'observation, qui n'existent pas encore, permettent d'établir un diagnostic rapide et sûr quand le Retard simple n'est, à première vue, que probable ou à peine soupçonné.

II. — Le diagnostic étant posé, l'hygiène devra suivre l'enfant aussi longtemps que son système nerveux est en évolution, cliniquement tant que persiste quelque signe neuro-musculaire infantile. Elle dirigera avec soin son régime alimentaire, car on sait les répercussions sur le cerveau de l'enfant des troubles digestifs ; terreurs nocturnes, délire, convulsions, crises épileptiques redoublant de fréquence, sont là pour illustrer l'influence des fonctions digestives sur les fonctions neuropsychiques. Le sommeil devra être largement et régulièrement dispensé, à cause de la fatigabilité particulière qui accompagne d'ordinaire le Retard simple ; l'hydrothérapie sera faite quotidiennement, si possible, et les bains salés ne pourront qu'agir heureusement comme stimulant des fonctions lentes à s'établir. Enfin toute fatigue excessive sera évitée, si l'on veut que le système nerveux sorte de son retard et s'éveille fonctionnellement, car l'on sait que toute fatigue, marche exagérée ou repas copieux, peut épisodiquement produire un syndrome de retard, avec rappel des signes neurologiques infantiles.

ÉDUCATION PARTICULIÈRE DANS LE RETARD SIMPLE

Peut-on vraiment parler d'une méthode éducative spéciale pour favoriser la bonne évolution des fonctions nerveuses et mentales chez l'enfant ? Nous pensons qu'il y a un rôle important à faire jouer, dans ces cas à l'éducation, principalement à l'éducation sensorielle, telle que l'a comprise à l'étranger Mme Montessori ou selon la méthode créée en France par M. et Mme Pernet.

Sans doute le Retard simple lui-même, comme toute affection conditionnée par une agénésie ou hypogénésie neurologique, semble-t-il devoir être plus sûrement influencé par l'hygiène, ou par quelques médicaments que par des jeux et des gestes mieux faits pour intéresser les psychologues et les pédagogues que les médecins. Cependant les résultats démonstratifs obtenus chez des anormaux débiles, que nous savons plus susceptibles de dressage et d'habitudes toutes passives que d'éducation vraie, nous permettent d'attendre chez de simples retardés les meilleurs progrès de cette culture particulière de l'attention, de la mémoire et de l'intelligence, par la vue, par l'ouïe, par le tact, par le goût et par l'odorat.

C'est le lieu de rappeler ici ce que fit, par le traitement éducatif, une simple religieuse française. Quand la sœur Sainte-Marguerite, des Filles de la Sagesse, à Larnay, reçut une fillette sourde, muette et aveugle, Marie Heurtin, celle-ci se débattait comme

une jeune sauvage. La religieuse travailla patiemment à éveiller le psychisme humain, muré dans un organisme sans fenêtres, et, d'étapes en étapes, par la seule éducation sensorielle, elle en fit une jeune fille adroite, intelligente et gaie.

L'idée originale de Mme Montessori a été d'appliquer surtout aux enfants normaux la méthode de Séguin qui s'était montrée d'une singulière efficacité chez les idiots. Or, nous admettons qu'entre ces deux groupes de sujets, les normaux et les arriérés plus ou moins débiles, il y a place pour le Retard simple, riche de sa tendance ordinaire au progrès et à la guérison. La méthode physiologique de Mme Montessori nous paraît excellemment faite pour hâter ces progrès, tant moteurs qu'intellectuels, dans le traitement de tout enfant atteint d'un retard de ses fonctions nerveuses et mentales; car elle mène pas à pas, de l'éducation des sens au perfectionnement psycho-sensoriel et psycho-moteur de l'enfant.

La gymnastique éducative a son utilité comme stimulant du système neuro-moteur, surtout la gymnastique rythmique de Jaques-Dalcroze qui, par son appel à l'attention et à l'imagination motrice, favorise les synergies fonctionnelles et fait travailler le cerveau en même temps que les muscles.

*
**

MÉDICAMENTS USUELS POUR LE RETARD SIMPLE

Le traitement inégalement doit être tenté et appliqué avec soin dans tous les cas de Retard simple neuropsychique, même si celui-ci revêt une for-

me électivement mentale. Nous savons, en effet, que la cellule nerveuse, fonctionnellement atteinte mais capable de progrès, a besoin d'être stimulée dans son action. Comment le sera-t-elle ? Sous une influence intermédiaire des glandes closes quelquefois, par l'opothérapie ; le plus souvent par la pharmacothérapie proprement dite, dont l'agent le plus actif, à notre connaissance, dans les cas qui nous occupent, est le mercure.

I. — Nous ne pouvons guère, assurément, attribuer à l'opothérapie d'heureux résultats dans le traitement des débilités, intellectuelle ou motrice, légères, qui sont proches parentes de notre Retard simple. Tandis que le myxœdème bénéficie du traitement thyroïdien, nous voyons la débilité mentale n'en retirer aucun avantage. Et comment le ferait-elle, s'il n'existe avec elle aucun symptôme d'hypothyroïdie ? Il faudrait admettre, dans ce cas, que l'action déficiente du corps thyroïde s'est portée électivement et capricieusement sur le système nerveux.

Quelle que soit l'indépendance habituelle du Retard simple et des troubles endocriniens, il est impossible de ne pas reconnaître que les glandes à sécrétion interne ont une action générale assez profonde sur l'économie pour agir sur la régulation fonctionnelle du système nerveux. Sans doute devons-nous nous méfier d'une thérapeutique poursuivie à l'aveuglette ; et, pour ne parler que de la médication thyroïdienne, la plus usuellement employée, nous ne

devons pas perdre de vue ces très sages remarques de M. Richaud (1) : « Les préparations thyroïdiennes ont souvent été employées dans des cas où elles n'ont que faire. Il est établi que c'est dans le myxœdème, et dans le myxœdème seul, que la médication thyroïdienne est vraiment indiquée en tant que médication opothérapique... La médication thyroïdienne n'est pas une médication anodine ». Ces conseils de prudence écoutés, nous croyons cependant que, dans le Retard simple sans aucun rapport saisissable avec des troubles endocriniens, l'opothérapie sagement maniée peut donner d'utiles résultats.

Dans sa séance du 21 mars 1922, la Société de Pédiatrie a entendu exposer par M. Marcel Maillet les résultats remarquables de l'opothérapie thyroïdienne chez des bébés de 4 à 20 mois qui présentaient simplement un retard corporel et intellectuel très marqué. C'était déjà en 1901 l'opinion d'Ausset qui souligna l'action bienfaisante des préparations thyroïdiennes dans diverses maladies où la nutrition est profondément troublée, même quand ce vice de nutrition apparaît comme indépendant de toute lésion thyroïdienne.

On pourra, dans certains cas, essayer la médication pluriglandulaire. Sans doute celle-ci encourt-elle le reproche d'être une thérapeutique « à tâtons », quand la clinique ne nous montre pas l'hypo fonctionnement d'une glande plus que d'une autre glande, comme il est établi dans le Retard simple des

(1) *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, p. 968.

fonctions nerveuses ; et M. Apert a visé surtout les troubles très généraux de l'enfant retardataire quand il a insisté sur l'intérêt pratique de la polyopothérapie en médecine infantile (*Presse Médicale* du 29 mai 1920). Cependant le thérapeute ne doit-il pas parfois tâtonner avec art ? Nous avons, pour nous encourager dans certains cas, cette constatation essentiellement clinique par laquelle M. Lereboullet terminait une étude sur ce sujet (1) : « Si l'observation scientifique, qui a tant de peine déjà à fixer l'action des extraits d'organes, risque d'être encore plus impuissante à préciser les effets physiologiques de ces opothérapies associées, les malades semblent pouvoir bénéficier nettement de cet élargissement du domaine de l'opothérapie ».

II. — Dans la grande majorité des cas, nous devons bien le dire, ce n'est pas aux poudres et extraits d'organes à sécrétion interne, isolés ou diversement associés, que nous avons recouru d'abord pour stimuler les fonctions retardées de l'enfant. Mais du vaste domaine de la pharmacologie inorganique s'offre à nous le mercure, qui nous a toujours semblé le plus efficace stimulant dans les états nerveux de l'enfance. Et c'est à lui, en dehors même de toute preuve faite d'étiologie syphilitique, que nous nous adressons *en premier lieu*, à cause de ses effets remarquables dans de nombreux traitements de Retard simple que nous avons pu suivre.

(1) LEREBoullet — *Les opothérapies associées en thérapeutique*, Paris-Médical du 6 novembre 1920.

Insistons encore ici sur le caractère purement expérimental, et dégagé de toute idée préconçue, de notre choix d'une médication hydrargyrique. C'est l'occasion de redire ce qu'exprimait très justement M. Martinet en tête d'un répertoire de médecine pratique (*Presse Médicale* du 26 avril 1922) : « L'équation réflexe et réversible : syphilis = mercure et mercure = syphilis, a fait tort aux autres indications, et elles sont fort précieuses, du mercure ». Nous croyons devoir soutenir ici l'une de ces précieuses indications.

De quelle façon le mercure agit-il sur l'organisme de l'enfant pour aider à l'établissement de ses fonctions nerveuses et mentales retardées ?

Au point de vue pharmaco dynamique, nous en sommes réduits à des hypothèses. L'une des plus récentes est celle de Wassermann (1), pour qui l'action modificatrice du mercure s'expliquerait par sa propriété d'influencer le métabolisme des lipoïdes, ces lipoïdes n'ayant pas leur source dans le processus syphilitique lui-même, mais dans les cellules malades. D'où, pour l'auteur, deux groupes d'agents thérapeutiques et deux modes d'action différents : contre l'infection, les spirochéticides, c'est-à-dire les arsenicaux ; pour les modifications cellulaires, le mercure. On comprend aisément que cette action directe sur la cellule puisse s'exercer électivement sur le système nerveux comme elle agit sur toutes les glan-

(1) A. VON WASSERMANN. — *Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis*. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 28 février 1922.

des : hypersécrétion salivaire précédant toute stomatite infectieuse, ptyalisme abdominal, etc. Il est probable qu'avant le stade d'intoxication, il y a un stade d'atteinte du tissu nerveux qui a une heureuse répercussion sur son meilleur fonctionnement.

Au point de vue clinique, nos connaissances sont plus fermes. Nous avons pu constater, depuis plusieurs années, à la consultation médico-sociologique infantile du docteur André Collin, les principaux effets suivants de l'hydrargyre chez les enfants :

1° L'attention et l'effort intellectuel ont toujours été facilités par le traitement chez les apathiques.

2° Les enfants agités se calment généralement très vite par l'hydrargyre.

3° Une augmentation régulière de poids et de taille a été notée dans la majorité des cas.

Il n'en fallait pas davantage pour nous inciter à recourir au traitement hydrargyrique dans tous les cas de Retard simple des fonctions chez l'enfant. Et nous avons encore, pour nous y encourager, l'appréciation maintes fois recueillie, et clinique elle aussi, de parents qui spontanément, d'eux-mêmes, sont venus réclamer pour leur enfant, des piqûres « qui lui ont fait tant de bien ».

CONCLUSIONS

I. — Certains enfants, issus le plus souvent de souche toxi-infectieuse ou atteints précocement soit par un incident grave de la grossesse et de l'accouchement, soit par une maladie générale du premier âge, présentent un retard dans l'établissement de leurs fonctions neuropsychiques. Ce retard, dans les cas que nous avons étudiés et groupés sous le nom de Retard simple, évolue normalement vers la guérison, l'enfant possédant, à un âge plus avancé, les mêmes qualités mentales que la moyenne de ses camarades.

II. — Cet heureux pronostic peut être formulé dès que la notion de retard simple est acquise. Celle-ci peut être établie avant 5 ans, par le fait que des signes d'évolution nerveuse persistent (signes infantiles néuro-musculaires), cependant que les fonctions psychiques sont encore très déficientes. De 5 à 10 ans, la notion de retard simple s'établit d'une part sur l'anamnèse des premières années, d'autre part, sur la façon dont l'enfant fait des progrès quotidiens dus à son initiative personnelle et non au dressage ou à l'épanouissement exclusif d'aptitudes particulières.

III. Le Retard simple est généralisé ou électif.

Généralisé : Toutes les fonctions neuropsychiques se développent avec une ou quelques années de retard.

Electif : Nous observons alors des types d'insuffisance motrice ou de retard d'établissement de certaines fonctions psychiques, comme l'audi-mutité par surdité verbale congénitale que nous avons rencontrée avec une notable fréquence.

IV. Le Retard simple, avons-nous dit, est d'un pronostic bénin. Cependant, étant donné que son étiologie et sa pathogénie l'apparentent aux arriérations mentales, dont il est comme une forme atténuée, passagère et amendable, il peut, dans certains cas d'amélioration tardive, laisser persister quelques anomalies d'insuffisance psychique, d'instabilité, d'apathie, d'indifférence, et une tendance à créer des accidents hystériformes. Dans les cas les plus sombres, il se peut que le retard simple, après une belle période considérée comme la guérison, laisse le sujet s'affaiblir mentalement suivant une forme d'évolution démentielle précoce.

V. — Toute cause capable d'agir sur les cellules procréatrices avant la conception, d'entraver le cours normal d'une grossesse, de toucher pathologiquement un système nerveux encore mal défendu dans les premiers mois de la vie, peut, si l'atteinte est bénigne, ne laisser derrière elle qu'un Retard simple

curable. Cette étiologie habituelle apparaît, dans certains cas du moins, favorisée par une hérédité névropathique.

VI. — Quant à la pathogénie, on devra l'envisager comme un amoindrissement de la valeur propre et de l'élan vital de la cellule nerveuse, laissant au second plan l'action réelle parfois des glandes endocrines. La pathologie botanique nous a appris à connaître le tardif ou le mauvais rendement des graines vieilles ou mal conservées avant d'être mises en terre.

VII. Le Retard simple bénéficie d'une thérapeutique médicamenteuse et d'une hygiène préconceptionnelle et prénatale. Le traitement doit être médico-sociologique, s'appliquant à l'alimentation, aux exercices physiques, à une éducation spéciale de l'enfant, et accompagnant celui-ci à chacune des étapes physiologiques et sociales qu'il a à franchir.

Nous devons signaler les bienfaits de la thérapeutique hydrargyrique chez les enfants, et les encourageants résultats que nous avons obtenus du mercure dans des cas de retard simple, en dehors de toute preuve d'existence de syphilis.

VIII. — Il nous paraît de toute utilité en psychopédiatrie, de faire pénétrer la notion du Retard simple, qui permet, dès le berceau, de différencier les enfants attardés des enfants arriérés, et d'éviter de préjudiciables erreurs de diagnostic par lesquelles on oublie, dans des garderies, des enfants qu'un

traitement bien compris eût mis à même d'être au niveau de leurs camarades entre 8 et 12 ans, au lieu de laisser s'accumuler les années de retard et de rester déficients dans la lutte pour la vie.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — *Les enfants retardataires*. Baillière, 1902. Coll. des Actualités médicales.
- APERT. — *L'hérédité morbide*. Flammarion, 1919.
- APERT. — *L'opothérapie en thérapeutique infantile*. Presse Médicale, 28 mai 1920.
- AUDEMARD. — *Les anormaux psychiques de l'école*. Enfance anormale, février 1912.
- AUSSET. — *Rapport sur la médication thyroïdienne dans l'enfance*. Congrès de pédiatrie de Nantes, septembre 1901.
- BALDWIN. — *Le développement mental chez l'enfant et dans la race*.
- BAUER. — *Infantilisme et chétivisme*. Presse Médicale, 4 décembre 1909.
- BAYLAC. — *Evolution des réflexes chez l'enfant*, Archives méd. de Toulouse, 1906, T. XII.
- BIANCHI. — *La Mécanique du cerveau et la fonction des lobes frontaux*. Trad. André Collin et Sanguinetti, chez Arnette, 1921.
- BINET. — *Les idées modernes sur les enfants*, Paris, 1909.
- BINET. — *L'étude expérimentale de l'intelligence*. Paris, 1903.
- BINET. — *La suggestibilité*. Paris (Schleicher, frères, éditeurs).
- BINET et SIMON. — *Les enfants anormaux*. Paris, 1907.
- BINET et SIMON. — *La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants*.

- BLIN. — *Les débilites mentales. Revue de psychiatrie*, 1902.
- BOHN. — *La naissance de l'intelligence*. Flammarion, 1909.
- BONCOUR (P.) et PHILIPPE. — *L'éducation des enfants anormaux*. 1910.
- BONCOUR (P.) et PHILIPPE. — *Eramen médical pédagogique des écoliers mentalement anormaux*.
- BOULENGER. — *Collaboration intime du médecin et du pédagogue dans l'éducation des anormaux*.
- CASTEL (DU). — *Recherches sur le rachitisme*. Th. Paris 1909.
- CHARRIN et NOBÉCOURT. — *Influence des maladies de la mère sur le développement de l'enfant*. Soc. de Biologie, 26 octobre 1895.
- CHAUVET (Stéphen). — *L'infantilisme hypophysaire*. Maloine, 1914.
- CHÉNÉ (H.). — *Atonie musculaire congénitale*. Th. Paris, 1910.
- CHERVIN. — *Diagnostic différentiel des maladies du langage chez les enfants*. Clinique infantile, 1^{er} mars 1905.
- CLAPARÈDE. — *Psychologie de l'enfant*. Genève, 1916.
- CLAUDE et GOUGEROT. — *Insuffisance simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne*. Soc. biologique, 28 décembre 1907.
- CLOUSTON. — *Hygiène of Mind*. 1906.
- COLLIN (André). — *Le syndrome infantile normal psychoneuro-musculaire*. Th. Paris, 1912.
- COLLIN (A.). — *Le développement de l'enfant*. Doin, 1914.
- COLLIN (A.). — *Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. Le type infantile prolongé*. Gaz. des Hôp., n° 136 (30 novembre 1911).
- COLLIN (A.). — *Les aphasies infantiles*. Vie médicale, 17 et 24 février 1922.

- COLLIN (A.). — *Le champ inculte de l'hystérie*. *Gaz. des Hôp.*, 12 décembre 1912.
- COLLIN (A.). — *Les principaux types morbides des écoliers insuffisants*. *Revue pédagogique*, 11 novembre 1917.
- COLLIN (A.) et ROLLET. — *Traité de Médecine légale infantile*, Delagrave, 1920.
- COLLIN (A.) et VERDÉ. — *La fragilité cérébro-spinale*. *Archives des Mal. des Enfants*, mars 1919.
- COLLIN (A.) et GODET (Mlle). — *Les étapes neuro-psychiâtriques de la naissance à trois ans*. *Arch. de méd. des enfants*, février 1918.
- COTARD. — *Le psittacisme*. Th. Paris, 1909.
- COURTADE. — *De l'incontinence d'urine chez les enfants*. *L'Œuvre méd. chir.*, 22 sept. 1911, n° 65.
- DAMAYE. — *Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale*. Th. Paris, 1903.
- GRAMAUSSEL. — *Le premier éveil intellectuel de l'enfant*. Alcan, 1911.
- DECROLY. — *Examen mental des enfants anormaux*. Congrès de Gand, 1913.
- DECROLY et BOULENGER. — *Les tests mentaux*. *Journal de neurologie*, 1906.
- DECROLY et DEGAUD. — *La mesure de l'intelligence chez des enfants anormaux*. *Archives de psychiâtrie*, IX, 1910.
- DECROLY et VERMEYLEN. — *Rapport de Gand, 1920*, in *Volume jubilaire de la Soc. de Médecine mentale de Belgique*.
- DÉJERINE. — *Hérédité dans les maladies nerveuses*.
- DESCOEUDRES (Alicé). — *Education des enfants anormaux*.
- DESPOSSÉS. — *L'éducation sensorielle*. *Presse médicale*, 26 janvier 1921.
- DÉTRÉ. — *L'avenir des prématurés*. Paris, 1912.

- DINGWALL FORDYCE. — *The Hygiene of Infancy and childhood*. Edinburg, 1910.
- DUGAS. — *Le problème de l'éducation*, 1909.
- DUPRAT. — *L'instabilité mentale*. Alcan.
- DUPRÉ. — *Histoire clinique et médico-légale de la mythomanie*. BULLETIN MÉDICAL, n^o 23, 24, 25.
- DUPRÉ. — *Syndrome de débilité motrice*. *Revue neurologique*, 1907.
- DUPRÉ et GELMA. — *Débilité mentale et débilité motrice associées*. Soc. de psychiâtrie de Paris, 16 juin 1910.
- DUPRÉ et MERKLEN. — *La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge*. XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France, Nantes, 1909.
- FÉRÉ (Ch.). — *La famille névropathique*. Alcan, 1898.
- FÉRÉ (Ch.). — *Les enfants du siècle*. *Progrès Médical*, 1884.
- FERRARI. — *Examen des arriérés*. In *Traité international de psychologie pathologique*, vol. I, p. 898.
- FLEURY (M. de). — *Le corps et l'âme de l'enfant*. Armand Colin, 4^e éd. 1900.
- FLEURY (M. de). — *L'enfant hystérique*. *L'hygiène*, 1914.
- FOURNOY et CLAPARÈDE. — *Archives de psychologie*. Genève.
- FOY. — *Surdité verbale congénitale*. Th. Paris, 1905-06.
- FRANCIONI. — *Les syndromes moteurs de la première enfance en rapport avec les conditions du développement du système neuro-musculaire*.
- GÉNIL-PERRIN. — *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*. Th. Paris, 1913.
- GILBERT BALLEZ. — *Traité de pathologie mentale*. Livres VII et VIII, par J. Roubinovitch.

- GUTHRIE. — *Functional nervous Disorders in childhood*, 1907.
- GUYAU. — *Education et hérédité*. Paris, 1895.
- HEUYER (G.). — *Enfants anormaux et délinquants juvéniles*. Th. Paris, 1914.
- HEUYER (G.). — *Les troubles du caractère chez l'enfant*. Journ. de méd. et de chir. pratiques, 10 février 1922.
- HOCHSINGER. — *Myotonie du nourrisson*. Revue des maladies de l'Enfance, avril et juin 1902.
- HUNTZIGER. — *La disposition congénitale au calcul mental*. Th. Paris, 1913.
- HUTINEL et BABONNEIX. — *Les maladies des enfants*. Tome V.
- IRELAND. — *The mental Affections of children*, 1900.
- LADRAGUE. — *Alcoolisme et enfants*. Th. Paris, 1901.
- LANDOUZY et LOEDERICH. — *Etude expérimentale de l'hérédité tuberculeuse*. Presse médicale, 18 octobre 1911.
- LAURENT. — *Evolution des réflexes chez l'enfant*. Th. Toulouse, 1904-05.
- LAROCHE (Guy). — *Fixation des poisons sur le système nerveux*. Th. Paris, 1911.
- LEGRAIN. — *Hérédité et alcoolisme*. Paris, 1899.
- LÉRI. — *Le réflexe des orteils chez les enfants*. Revue neurologique, 1903.
- LESAGE. — *Maladies du nourrisson*.
- LESAGE. — *La débilité arthritique chez l'enfant*. Doin.
- LESAGE et COLLIN. — *Troubles passagers de la marche et de la station chez un enfant de 5 ans*. Médecine infantile, mai 1913.
- LESAGE et COLLIN. — *Résistance à la fatigue chez l'enfant au dessous de 2 ans et demi*. Arch. méd. des enfants, juin 1911.

- LEVIN (Mme). — *Différentes causes des encéphalopathies infantiles*. Th. Paris, 1909.
- LONG-LANDRY (Mme). — *La maladie de Little*. Th. Paris, 1911.
- MADIN (G.). — *L'enfance des hystériques*. Th. Paris, 1916.
- MARIE (Pierre). — *Conférences sur les Hémiplégies cérébrales infantiles, 1901-1902*.
- MARINESCO. — *La cellule nerveuse*. Doin, 1909.
- MARFAN. — *Le rachitisme et sa pathogénie*. Baillière.
- MARFAN. — *Rachitisme et tuberculose*. Presse Médicale, 23 février 1910.
- MARFAN. — *Les convulsions dans la première enfance*. Presse Médicale, 10 août 1921.
- MEIGE. — *Le phénomène de la chute des bras*. Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, 1913. vol. II, p. 59.
- MERKLEN. — *De l'énurésie hypogénésique des enfants. L'énurésie, élément du syndrome de débilité motrice d'inhibition*. Bull. de la Soc. de pédiatrie, juin 1909.
- MENDOUSE. — *Du dressage à l'éducation*, Alcan, 1910.
- MÉRY et GÉNÉVRIER. — *Précis d'Hygiène scolaire*. Delagrave, 1919.
- MONTSSORI. — *Pédagogie scientifique*, 2 vol. Larousse.
- NATHAN et DUROT. — *Les arriérés scolaires*, 1913.
- NAUDASCHER. — *Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales*. Th. Paris, 1908.
- NOÏCA. — *Etude sur l'état des réflexes tendineux et cutanés chez le nourrisson*. Comptes-rendus de la Soc. de biologie, T. LXV, p. 690.
- ORLEMANN-BERGER. — *Syphilis gravis, son influence sur l'enfant*. Th. Montpellier, 1917.
- PAULHAN. — *Esprits logiques et esprits faux*. Alcan, 1914.
- PEHU. — *Les entendants muets*. Revue des maladies de l'Enfance, mars 1901.

- PÉREZ (Bernard). — *L'enfant de trois à sept ans*. Paris, 1907.
- PÉREZ (B.). — *Les trois premières années de l'enfant*. Paris, 1911.
- PERNET. — *Éducation sensorielle* (Congrès d'Hygiène scolaire, avril 1921).
- PEUGNIEZ. — *L'hystérie chez les enfants*. Th. Paris, 1885.
- PFISTER. — *La psychanalyse appliquée à l'éducation*. Berne, 1920.
- PHILIPPE et PAUL BONCOUR. — *Les anomalies mentales chez les écoliers*. Alcan, 1907.
- PREYER. — *L'âme de l'enfant*. (Trad. de Varigny. Alcan).
- QUEYRAT. — *Les jeux des enfants*. Alcan, 3^e éd., 1911.
- QUEYRAT. — *La logique chez l'enfant et sa culture*.
- QUEYRAT. — *L'imagination et ses variétés chez l'enfant*. Alcan.
- RAMPILLEN et GRUYER-WATRIN. — *Jeux et exercices en vue de l'éducation sensorielle et mentale*. Paris, 1914.
- RÉGIS. — *Esquisse générale de l'assistance éducative des anormaux psychiques*. Enfance normale, octobre 1912.
- RÉONÔ. — *Sur la myotonie des nouveau-nés et sur les réflexes tendineux et culanés de la première enfance*. Pédiatrie, n° 5, 1907.
- RIBOT. — *L'hérédité psychologique*. Alcan.
- ROSENBLUM (Mlle). — *Du développement du système nerveux au cours de la première enfance*. Th. Paris, 1915.
- SAINT-ANGE. — *Tétanie infantile*. Th. Paris, 1902.
- SANSON. — *L'hérédité normale et pathologique*. Asselin et Houzeau, 1893.
- SANTE DE SANCTIS. — *Les infantilismes*. Il policlinico, 1910.

- SANTE DE SANCTIS. — *Su alcuni tipi di mentalita inferiore*, 1905.
- SCHUTTLEWORTH. — *Les enfants anormaux au point de vue mental*. Trad. Ley, 1913.
- SCHUYTEN. — *La pédologie*, 1911.
- SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1895.
- SEGUIN. — *Traitement, éducation et hygiène des idiots*, 1846.
- SOLIER. — *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*. Alcan, 1891.
- SOUQUES. — *Origine de l'infantilisme*.
- SOURDEL. — *Les syndromes pluriglandulaires*. Th. 1912.
- STROEHLIN. — *Les syncinésies*. Th. Paris, 1911.
- SULLY (James). — *Etudes sur l'enfance*. Trad. Compayré, 1898.
- TISSIER. — *De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant*. Th. Paris, 1899.
- VANEY. — *Les clairs obscurs de l'anomalie mentale. Enfance anormale*, février 1912.
- VINCHON (J.). — *Le délire chez les enfants*. Th. Paris, 1913.
- VOISIN. — *L'idiotie*, 1893.
- WEILL. — *Le développement de l'hystérie, dans l'enfance*, Th. Paris, 1904.
- ZAJMOWSKI BELLA. — *Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants*. Th. Paris, 1908-1909.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER. — <i>Définition et sémiologie du Retard simple</i>	19
CHAPITRE II. — <i>Diagnostic différentiel</i>	44
CHAPITRE III. — <i>Types cliniques et observations</i> ..	66
CHAPITRE IV. — <i>Evolution et pronostic</i>	87
CHAPITRE V. — <i>Etiologie</i>	99
CHAPITRE VI. — <i>Pathogénie</i>	114
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	121
CONCLUSIONS	132
BIBLIOGRAPHIE	136
